

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

**Profesional Control Interno
Lina Maria Serna Jaramillo**

Período evaluado: enero – abril 2017

Fecha de elaboración: mayo 8 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”. Igualmente precisado por el Decreto 648 de abril del 2017.

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 abril del año 2017.

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. Los cuales se socializan en carteleras internas.

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, 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, del cual también se proyectó y presentó a Coljuegos actualización de acuerdo a la normatividad vigente.

***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 encuentra en desarrollo. Se establecieron prioridades en actualización de normas vigentes, el Sistema de Calidad; 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 ejecuta de acuerdo a la disponibilidad de recursos; como se ha recomendado se debe propender porque este se encuentra alineado con los parámetros establecidos en el DAFP y la normatividad vigente.

Respecto a la actualización del Programa de Salud Ocupacional, establecido en el Decreto 1072 de 2015, decreto 052 12 de enero de 2017 y demás que lo adicionan o modifican, el profesional en Gestión Administrativa ha venido trabajando con la ARL, se encuentra en proceso de documentación y alistamiento, dentro del cual se tiene presente las fechas y prorrogas para dar cumplimiento a los términos dispuestos; 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, 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, evaluados al finalizar el periodo y proyectado para la vigencia 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. 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 24%, se da continuidad al plan en el resto de la vigencia. El plan estratégico fue publicado en la página web, al igual que su ejecución, 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, son coherentes a las acciones establecidas en el plan estratégico institucional, definen las responsabilidades y metas esperadas, por cada uno de los funcionarios, y son evaluados semestralmente de acuerdo a las auditorias programadas.

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.

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.

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 primer semestre de 2016 y actualizado. Su socialización se realiza en reuniones de comités, específicas para el tema, correo electrónico y en 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.

La actualización del Sistema de Gestión de Calidad, se fundamentó en los procesos de Gestión 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. Para la vigencia 2017 se planteó auditoria frente a la norma ISO 9000:2015, con el fin de establecer o identificar aspectos de mejora frente a la norma y cumplimiento de la misma.

Se presentó actualización del manual SIPLAF - Sistema de Prevención y Control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, el cual incluye normatividad expedida por el Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar- Coljuegos, relacionado con funciones y responsabilidades dentro de la entidad, vocabulario, entre otras.

Se realizó auditoria externa de Certificación con ICONTEC en el segundo semestre de 2016, donde se obtuvo la recertificación del Sistema de Gestión de Calidad, por el ente certificador, sin hallazgos; para un periodo de dos años. Se debe actualizar el Sistema de Calidad a la norma ISO 9001:2015, en el 2018.

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 auditoria.

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, política de medio ambiente, política 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 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. Para el periodo 2017, se realizó una revisión y actualización de mapa de riesgos por cada proceso, iniciando así un nuevo ciclo.

Recomendaciones:

- Revisar y actualizar los documentos de: manual de funciones, resolución programa de bienestar e incentivos, conforme a la normatividad vigente, manuales e instructivos del DAFP.
- 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, 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 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.
- Revisar y actualizar la estructura organizacional, el manual de funciones 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.

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 al autocontrol, calidad, medición, mejora continua. Por parte de la Gerencia se proyectó para este periodo 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, 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, el proceso de administración de riesgos por proceso, 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 el proceso auditor.

Con corte a abril del 2017 la oficina de control interno ha realizado auditorías programadas aproximadamente en un 32% 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.

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.

***Componentes planes de mejoramiento.**

El plan de auditorías 2017, 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, con cumplimiento dentro del periodo.

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, con cumplimiento parcial respecto a índices financieros. Por parte de la Auditoria Externa de Calidad – ICONTEC, seguimiento a la certificación realizada en enero de 2016, se requirió plan de mejoramiento con dos acciones correctivas menores, subsanadas y cerradas, 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 un nuevo periodo, como recomendación, se establece la actualización a la nueva versión de la norma ISO 9000.

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 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 auditoría, 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 etapas. 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 auditorías 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.
- Tener en cuenta lo establecido en el Decreto 1083 de 2015, reglamentario único del sector de la Función Pública, específicamente lo relacionado con el proceso auditor y control interno.

3. EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION 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, la visibilización de la información, entre otras con la política definidas por la ley de transparencia y acceso a la información, y gobierno en línea. 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, 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 mediante la red interna, algunos de estos publicados en la página web institucional.

El sistema de información principal que tiene la entidad soporta, procesa y administra los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos además de generar 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.

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

Se realizó diagnóstico 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, aprobado del comité de Gobierno en línea, donde se priorizaron acciones de acuerdo al impacto y la disponibilidad de recursos. Dicho plan se encuentra en proceso de ejecución.

Recomendaciones:

- Socializar e interiorizar los manuales y políticas de comunicación y el de Gestión Documental.
- Gestionar y dar cumplimiento al plan de gestión documental.
- Fortalecer el cumplimiento de los parámetros establecidos dentro del plan de anticorrupción y atención al ciudadano 2017.
- 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

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).

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 2016 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. Para el periodo 2017 se proyectó un plan MECI-calidad con el fin de dar impacto positivo al alcance de cada uno de los factores, especialmente entorno de control e información y comunicación.

Respecto al Sistema de Calidad, se presentó auditoria externa de Calidad, donde se Certificó la entidad por dos años más, no se generaron hallazgos, se emitieron algunas recomendaciones las cuales fueron analizadas e incluidas en el plan MECI y Calidad.

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. Se incluyeron en el plan de sostenibilidad MECI y Calidad acciones que permitan dar cumplimiento a los parámetros identificados en la encuesta sobre el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, dadas los nuevos lineamientos para las entidades territoriales al respecto.

ELABORÓ:



**LINA MARIA SERNA JARAMILLO
PROFESIONAL CONTROL INTERNO**