INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011			
Jefe de Control Interno:	Martin Alvarez Montoya	Período: noviembre 2018- febrero de 2019	
		Fecha elaboración: 12/03/2019	

El siguiente informe presenta el estado del Sistema de control interno de la Empresa Social del Estado Hospital San Lorenzo del Municipio de Liborina, mostrando las dificultades y avances asociadas a cada una de las dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, incluido en este el Modelo estándar de control interno MECI.

Además, en el informe de este periodo se hace referencia al cumplimiento de metas de algunas de las dimensiones y políticas.

ALISTAMIENTO INSTITUCIONAL PARA MIPG

La ESE Hospital San Lorenzo adelantó la fase de alistamiento institucional con asignación de responsabilidades para la implementación del Modelo integrado de planeación y gestión y la realización de las siguientes acciones:

- Capacitación por parte de asesor de control interno en el Modelo integrado de Planeación y Gestión MIPG.
- Participación en Capacitación de directivos y otro líder, sobre MIPG y Gestión de riesgos por parte de Función Pública.
- Asignación de responsabilidades para realización de diagnósticos en MIPG.
- Creación del Comité coordinador de gestión y desempeño, con control interno y calidad.
- Designación del representante del gerente para liderar la implementación.
- Avance en la realización de autodiagnósticos de la entidad en diferentes políticas de modelo.
- Se tiene vigente un plan de acción para la política priorizada de Control interno y se tienen avances en las diferentes políticas, los cuales se presentan a continuación.

DIMENSIÓN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

Dificultades

Persiste la dificultad asociada a no disponer en la planta de personal con un cargo que asuma de forma directa y exclusiva las funciones de gestión del talento humano. Estas son asumidas por el Subdirector Administrativo, compartidas con las demás asociadas con su cargo, lo que ha dificultado un adecuado desarrollo de los elementos o componentes, afectando tanto las acciones de planeación como de seguimiento del proceso.

La ESE viene desarrollado diferentes elementos de la gestión del Talento humano, pero aún

no se ha consolidado la gestión de este proceso mediante el Plan estratégico que establece MIPG.

Se ajustó el Código de ética de la entidad a partir del código de integridad establecido para el servicio público, pero faltan acciones de difusión e interiorización del este, así como el seguimiento a la aplicación de las conductas asociadas.

Falta mayor operatividad del comité de ética hospitalaria para que sirva como garante de la gestión ética.

Avances

A continuación, se presentan avances o logros en algunos de los elementos de la dimensión, sin que constituya cumplimiento total de los requisitos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG:

En relación con la política de Integridad, la entidad cuenta con un Código de Integridad el cual se publicó en cartelera institucional.

Se tienen principios y valores definidos y actualizados en la formulación del plan de desarrollo y se tienen publicados en carteleras de acceso a usuarios y funcionarios.

La ESE Hospital San Lorenzo de Liborina presenta los siguientes avances en desarrollo de la Gestión del Talento Humano:

- Planta de cargos aprobada por la Junta Directiva de acuerdo con las necesidades de los servicios.

- Manual de funciones adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad.

- Reinducción al personal en diversos temas de interés general, por grupos. Última jornada para colaboradores en el mes de septiembre de 2018.

- Ejecución de un Plan de formación y capacitación en 2018 de acuerdo con necesidades de los colaboradores y el sistema de gestión.

- Ejecución de un Programa de bienestar social e incentivos de acuerdo con el reglamento, el presupuesto disponible y preferencias de los colaboradores representados por el comité paritario de bienestar social.

- La entidad adoptó la política de seguridad y salud en el trabajo y se vienen desarrollando acciones para su implementación. Conformado el comité de convivencia laboral. En ejecución el respectivo plan de operativo anual, resultados de 55% en la ejecución.

- Se aplican mecanismos de evaluación del desempeño, así:

  - Evaluación de desempeño para personal inscrito en carrera administrativa;
  - Plan de gestión para evaluación de Gerente;
  - Acuerdo de gestión para evaluar subdirector al Subdirector Administrativo.

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

Dificultades

La entidad presenta Oportunidad de mejora en la gestión de los riesgos acorde con la metodología establecida por Función Pública, aunque se avanzó en la capacitación y definición de la política de administración de estos.

Igualmente, la entidad ha presentado falencias en la publicación en el SECOP del Plan anual de adquisiciones de bienes y servicios, tanto en el 2018 como en el 2019. También ha faltado seguimiento y evaluación.

Avances

A continuación, se presentan algunos avances en el desarrollo de políticas o elementos de la dimensión de MIPG:

Política de Planeación:

La entidad cuenta con diferentes mecanismos para identificar las necesidades de los usuarios, como insumos para la planeación estratégica y operativa: a través de la oficina de atención al usuario (buzones, encuestas, personalmente), reunión con líderes de la comunidad, asociación de usuarios, Junta Directiva, interacción con la comunidad en espacios de participación como el Concejo Municipal, reuniones con grupos organizados y evaluaciones internas y externas de la gestión de la entidad.

Se cuenta con una plataforma estratégica (principios y valores institucionales, misión, visión y objetivos), aprobada por Acuerdo de la Junta directiva, como base del plan de desarrollo vigente y socializada a los colaboradores y comunidad. Además, se ha publicado en carteleras de la ESE para fortalecer su difusión.

La entidad cuenta con un Plan de desarrollo aprobado por la junta Directiva para el periodo 2017-2020, con actualización en el año 2018 para su articulación con el Plan de gestión que tiene la gerencia para el periodo 2017-2019 suscrito ante la Junta Directiva.

En ejecución del Plan de desarrollo se ha contado con plan de acción para cada año (2017,

2018 y 2019). Dicho plan define actividades, cronograma, responsables y presupuesto, para la ejecución de los proyectos establecidos a fin de lograr las metas trazadas en el Plan de Desarrollo. Durante el periodo evaluado se formuló un Plan de acción para el 2019.

Indicadores de gestión:

La ESE cuenta con indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad para medir el Plan de Desarrollo, el Plan de gestión y el desempeño de los procesos. El diseño de estos incluye la elaboración de las respectivas fichas técnicas, registro de datos, campo de análisis y plan de mejoramiento. Estos indicadores son la base de la evaluación de la gestión a nivel estratégico y operativo.

La evaluación del Plan de acción del año 2018 arrojó un resultado del 92%, es decir, que se cumplió la meta establecida en plan de gestión de la gerencia.

La evaluación del plan de gestión de la gerencia para el año 2018 arrojó un resultado satisfactorio, con una proyección de calificación del 3,97 sobre 5.

Presupuesto:

La ESE contó para el 2018 con planeación financiera a través de su presupuesto aprobado por el Consejo Municipal de Política fiscal – COMFIS y la Junta directiva de la ESE (en lo de su competencia). En la ejecución presupuestal se alcanzó un 90% de reconocimientos y un equilibrio de 0,92 con recaudos con relación a los compromisos, es decir, que por cada peso comprometido se recaudaron 92 centavos. En diciembre de 2018 se gestionó la aprobación del presupuesto para el año 2019.

Plan anticorrupción y de atención al ciudadano:

Se formuló el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2018 de acuerdo con los componentes establecidos en el Decreto 124 de 2016, fue aprobado mediante acto administrativo de la gerencia (Resolución 012 de 2018), publicado en el sitio web de la ESE y socializado a todos los líderes de procesos o servicios. Durante el periodo evaluado se realizó el tercer seguimiento al Plan 2018 y se formuló el plan para el año 2019.

Administración de riesgos:

Durante el periodo evaluado se actualizó la política de administración de riesgos y se realizaron dos talleres de capacitación a líderes de procesos sobre la aplicación de la metodología.

Se actualizó el mapa de riesgos de corrupción construido con base en la metodología establecida en el Decreto 124 de 2016, incluye el análisis de contexto, identificación, análisis,

valoración y definición de acciones de manejo.

En la gestión del riesgo en la ESE se prioriza los relacionados con incidentes y eventos adversos, se reportan, se analizan y se hacen planes de mejoramiento según resultados.

GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

Dificultades

Gestión por procesos:

Aunque la entidad ha trabajado en la actualización de su modelo de operación por procesos, aún se presentan oportunidades de mejora en relación con el empoderamiento de los funcionarios respecto a la gestión de su documentación como soporte que oriente el quehacer institucional.

Igualmente se ha identificado oportunidad de mejora en la gestión y disposición de la documentación de los procesos para facilitar la consulta por parte de los funcionarios.

Avances

Fortalecimiento organizacional y operación por procesos:

Se tiene un modelo de operación por procesos, representado en un Mapa de procesos de la ESE en función de las necesidades y la coherencia con la estructura organizacional. En él se definen los estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación.

Se cuenta con caracterizaciones de la mayoría de los procesos según el mapa vigente, definiendo entre otros aspectos: el responsable, objetivos, alcance, normatividad, insumos, actividades, productos, clientes, indicadores, riesgos, controles.

Se tienen procedimientos documentados para los procesos, algunos de ellos se han actualizado, a partir de necesidades identificadas en desarrollo del sistema de garantía de la calidad, resultados de la gestión, expresiones de los usuarios y cliente interno.

Estructura organizacional:

Se cuenta con una estructura organizacional aprobada por la Junta Directiva. Esta define los niveles de responsabilidad y autoridad, es coherente con el mapa de procesos y responde a las necesidades de la entidad en cuanto a su nivel de complejidad y demanda de servicios.

Planta de cargos:

En coherencia con la estructura organizacional y los procesos, se ha definido una planta de cargos aprobada por la Junta Directiva. El tamaño de dicha planta le permite a entidad operar con relativa flexibilidad, complementando su funcionamiento con la contratación.

Manual de funciones:

Se cuenta con un Manual de funciones y competencias laborales diseñado, actualizado, aprobado y socializado para cada uno de los cargos que integran la planta de cargos de la entidad.

El manual de funciones y competencias ha sido socializado a los funcionarios que ocupan los diferentes cargos.

Políticas de operación:

El sistema de gestión cuenta con políticas de operación generales, y otras definidas dentro de los procedimientos documentados. Además, se hallan diversas políticas definidas en el Código de Buen Gobierno y Código de Ética (integridad)

Gestión de recursos físicos:

La ESE cuenta con unas instalaciones físicas y equipos suficientes para la prestación de los servicios de salud de primer nivel que ha declarado – habilitado. Cada año formula y ejecuta un Plan de mantenimiento acorde con los recursos que por norma debe asignar del presupuesto general. Con este plan pretende mantener en las mejores condiciones posibles el estado de los recursos físicos para el desarrollo de su misión.

La entidad tiene actualizado su inventario de activos con su respectivo avalúo. Este está asignado a responsables de custodia y manejo, encontrando en acciones de auditoría una adecuada tenencia.

Durante en la vigencia 2018 la entidad ejecutó un proyecto orientado a adecuar la infraestructura del hospital para mejor prestación de servicios de salud. Además, se está gestionando otro proyecto para la segunda fase de adecuación de infraestructura.

Gestión presupuestal:

La dirección de la entidad en cabeza del gerente y la subdirección administrativa ha realizado permanente seguimiento a la ejecución presupuestal buscando garantizar la disponibilidad de recursos para el normal desarrollo de los procesos.

Durante el periodo evaluado ha logrado mantener la disponibilidad de recursos financieros para cumplir sus obligaciones y desarrollar los procesos, a pesar de múltiples dificultades para recuperar la cartera y gastos imprevistos como el licenciamiento de software.

Se ha realizado seguimiento a la ejecución presupuestal por parte del asesor de control interno, en función de evaluar los indicadores del Plan de acción y del plan de gestión.

Defensa jurídica:

Más allá de la necesidad de implementar las directrices que se imparten por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado, se debe afirmar que la gerencia de la entidad y su asesor jurídico han asumido la defensa de los intereses del estado ante las diferentes demandas que se ha recibió. No se tiene ninguna demanda perdida en los últimos años.

Participación ciudadana – Servicio al ciudadano:

Entre los principales avances en esta dimensión está la operatividad de la oficina de atención al usuario de la ESE, con un funcionario asignado para el desarrollo normal de las acciones.

Esta se encuentra ubicada en un lugar de fácil acceso e identificación por parte de los usuarios. Desde esta se viene realizando la recepción y trámite a las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias presentadas por los usuarios.

Además, se vienen liderando otras acciones como la medición de la satisfacción a los usuarios en los diferentes servicios, apoyo a los trámites, información, difusión de derechos y deberes, apoyo al ejercicio de espacios de participación comunitaria, principalmente, la asociación de usuarios y reuniones con líderes comunitarios.

Para el 2018 se cumplieron las metas relacionadas con la oficina: satisfacción del usuario, respuesta oportuna de PQRS y Plan de comunicaciones.

La ESE dispone de los mecanismos de participación ciudadana en salud establecidos en la normatividad vigente y tiene en ejecución en la vigencia un plan de acción para fortalecer el ejercicio de estos espacios por parte de los ciudadanos. Desde la oficina se provee apoyo a la asociación de usuarios y al comité de ética.

Trabajo por proyectos:

La entidad ha gestionado proyectos bajo la metodología general ajustada MGA con el fin de acceder a recursos de cofinanciación de entidades como la Secretaría Seccional de Salud de Antioquia y Ministerio de Salud y Protección social y Embajada de Japón. Además, se gestionan proyectos desde el Plan de acción para organizar los recursos hacia el

cumplimiento de las metas y objetivos institucionales. Entre estos proyectos está:

- Segunda fase de mejoramiento de la infraestructura
- Dotación de tecnología biomédica
- Adquisición de ambulancia.

Gestión ambiental:

El desarrollo de la política de gestión ambiental en la ESE, como prestador de servicios de salud se basa en el Programa de gestión integral de residuos generados en la atención en salud. Dicho programa se ejecuta de acuerdo con lo programado, incluyendo capacitaciones, seguimientos a la aplicación, realizando los reportes correspondientes.

Además, se desarrolló el plan básico de gestión ambiental con el cual se fomenta la cultura de la sustentabilidad y se ejecutan acciones de intervención en entorno físico de la entidad.

La evaluación de ambos planes dio un cumplimiento de la meta, sobre el 80%.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Dificultades

Se tienen los instrumentos y el apoyo de un gerente de sistemas de información, pero aún no se fortalece la disciplina de medición de la gestión de los procesos a través de los indicadores.

Avances

Desde la asesoría de control interno se ha realizado seguimiento y evaluación a los planes de tipo estratégico (plan de acción y plan de gestión).

Desde la asesoría de calidad, con los líderes de procesos, se ha realizado seguimiento a diferentes planes de mejoramiento específicos.

El seguimiento a la gestión se lleva a cabo a través de la medición de algunos indicadores, principalmente de los procesos misionales, con apoyo del líder de sistemas de información.

Otros mecanismos de seguimiento aplicados son las listas de chequeo para estándares de calidad en salud para constatar requisitos del sistema habilitación y de acreditación en salud que aplica a la ESE como prestador de servicios de salud.

Se realiza seguimiento a la satisfacción de los usuarios de los servicios a través de la oficina de servicio al ciudadano de forma mensual, se consolidan, se analizan y se documentan

algunos planes de mejora según resultados.

Se cuenta con un tablero de indicadores estratégicos con los cuales se realizaría monitoreo y evaluación al Plan de Desarrollo y plan de Gestión del gerente, en procura del cumplimiento de los objetivos estratégicos de La ESE Hospital San Lorenzo.

De diversas fuentes se surten los planes de mejoramiento, entre otras: auditorías externas (de EPS, Contraloría General de Antioquia, otras), de análisis de eventos adversos, de la ejecución del Programa de auditorías internas, entre otras, de los cuales se ha realizado seguimiento.

Los planes de mejoramiento han permitido avanzar positivamente en la implementación del sistema de garantía de la calidad y del modelo estándar de control interno.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dificultades

Se ha identificado oportunidad de mejora en la estructura del software institucional que soporta la gestión y el sistema de información, dado que no tiene actualizado y operando algunos módulos para la gestión como es el de glosas y costos.

Se tiene falencias en la gestión documental, principalmente en lo relacionado con tablas de retención documental, adecuación de espacios, operatividad del comité de archivos, entre otras.

Se vienen presentando dificultades para operar eficazmente la página web de la entidad, por lo que no se están cumpliendo diferentes requisitos de publicación de información. Igualmente se identificaron algunas oportunidades de mejora en el reporte de información a organismos de control.

Avances

Durante el periodo evaluado la entidad ejecutó un gran avance en el licenciamiento de software para los equipos de cómputo.

La ESE cuenta con un sistema de información que permite la captura de datos, procesamiento y generación de reportes e informes oportunos y confiables. Está sustentado en una plataforma tecnológica funcional.

Se tienen implementados en la institución diversos medios de comunicación (carteleras, volantes, afiches, radio, televisión local, etc.) los cuales se actualizan periódicamente.

Se ejecutó satisfactoriamente el Plan de comunicaciones y el Plan de rendición de cuentas para el año 2018 y se formularon los mismos para el 2019.

Se realizaron jornadas de rendición de cuentas a grupos de interés, dando cumplimiento lineamientos definidos de Política de Democracia Participativa y rendición de cuentas, entre ellas: audiencia pública, en reuniones de asociación de usuarios, en sesiones del Concejo Municipal.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Dificultades

Esta dimensión no ha sido trabajada en la entidad bajo la perspectiva que exige MIPG, más allá que se tenga la documentación de algunas experiencias y se socialice la información a los colaboradores. Se requiere aplicar el diagnóstico e identificar los aspectos puntales a implementar en adelante.

CONTROL INTERNO

Dificultades

Las principales dificultades para el desarrollo de la Dimensión de Control interno en el marco del Modelo integrado de planeación y gestión se asocian a los limitados recursos con los que cuenta la ESE para dedicar tiempo a labores de desarrollo de sus líneas de trabajo específicas. Las personas no tienen tiempo suficiente para dedicar a dichas labores.

También se debe referir que la entidad no cuenta con oficina de planeación que lidere el proceso de implementación de MIPG. Así mismo es limitada la función o rol de segunda línea de defensa dada la estructura de la entidad.

Avances

La entidad cuenta con un diagnóstico y plan de acción específico para desarrollar la Dimensión de Control interno de MIPG. De este se han ejecutado varias acciones en articulación con el sistema de garantía de la calidad de la atención en salud.

A continuación, se presentan avances o logros en función de los roles que asume el asesor de control interno contratado para tal fin y las acciones del comité coordinador de gestión, control interno y calidad:

Se vienen realizando los informes pormenorizados MECI de acuerdo con los tiempos establecidos por la normatividad (Ley 1474 de 2011), éstos son publicados en la página web de la Institución y puestos en conocimiento de la gerencia de la ESE y del representante de la Dirección para calidad y control interno.

Se han adelantado acciones de implementación del sistema de control interno y del sistema de garantía de la calidad (específico para el sector salud) a través del comité operativo de calidad y control interno, de cuyas sesiones se tienen las actas de soporte.

Auditoría interna:

Se cuenta con procedimiento específico para la aplicación de la auditoría interna en la ESE.

Para la vigencia 2018 se contó con un Programa de auditoría interna aprobado por el comité de coordinación de gestión, control interno y calidad; orientado realizar las evaluaciones obligatorias por normatividad que aplica a la ESE y a verificar procesos priorizados en aspectos relacionados con lo estratégico, de legalidad, de gestión y resultados.

Dicho programa se implementa con participación de los líderes de procesos y asesor en asuntos de control interno contratado para el propósito.

Durante la vigencia 2018 se cumplió el 90% y se llevaron a cabo acciones de auditoria o evaluaciones independientes a los siguientes procesos o asuntos:

- Evaluación anual, elaboración y envío del informe sobre el sistema de control interno contable de la vigencia 2017.
- Evaluación final al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2017.
- Tres seguimientos al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano correspondiente a la vigencia 2018.
- Dos auditorías de aplicación de normas de austeridad en el gasto.
- Evaluación final del Plan de acción 2017.
- Evaluación final del Plan de gestión 2017.
- Evaluación y elaboración del informe pormenorizado cuatrimestral sobre el estado del sistema de control interno según la Ley 1474 de 2011 (noviembre 2017 – febrero 2018, marzo – junio de 2018 y Julio noviembre 2018).
- Auditorias de adherencia a la calidad de historia clínica.
- Dos Auditorías a la oficina de atención al usuario.
- Dos auditorias al proceso de contratación.
- Auditoría a facturación.
- Auditoría a glosas.
- Auditoría a cartera.
- Auditoría a talento humano.
- Dos seguimientos al Plan de acción
- Dos seguimientos al plan anticorrupción
- Auditorías a inventarios

- Auditorías al manejo de recaudos en cajas

EVALUACIÓN CONTROL INTERNO CONTABLE

DIFICULTADES

Falta mayor socialización de políticas y procedimientos relacionados con el proceso contable de la empresa.
No se tiene actualizado el módulo de activos fijos para facilitar la individualización de bienes, cálculos de depreciación y demás procedimientos asociados.
Está en proceso la documentación o actualización de procedimientos relacionados la aplicación de políticas contables, entre ellos: cierres, conciliaciones, elaboración de estados financieros, entre otros.
No se tiene operativo un sistema de costos, aunque se tiene el módulo del software.
En la vigencia se presentó oportunidad de mejora en la divulgación regular de información financiera a la comunidad.
No se está aplicando la custodia y conservación de acuerdo con tablas de retención documental aprobadas.
Se presentó oportunidad de mejora en la aplicación de una política de administración de riesgos, autoevaluación y seguimiento a controles para el proceso contable.

FORTALEZAS

Se cuenta con un proceso contable establecido, operado por personal con suficiente conocimiento y experiencia.
Están definidas las políticas contables para la aplicación del marco normativo que rige para entidad.
Se cuenta con un comité operativo de sostenibilidad contable, el cual vela entre otros, por el adecuado manejo del proceso de conciliación de fondos y depuración de la cartera.
La Empresa cumple a cabalidad con la aplicación del Catálogo de Cuentas establecido por la Contaduría General de la Nación.
Se da cabal cumplimiento por parte del área contable y financiera de la Entidad a las fechas de cierre previstas y con el reporte de información a la CGN.
Se realizaron las notas a los estados financieros con la suficiente información y claridad y se acompañan los estados financieros de información que facilita la comprensión por la dirección.

AVANCES RESPECTO A LA VIGENCIA ANTERIOR

Se realizó avalúo y actualización de inventario de bienes durante la vigencia.
Se avanzó en la actualización del software que soporta la operación del sistema contable.
Se avanzó en la depuración de saldos de deudores.
Se inició la actualización y complementación de procedimientos relacionados con el proceso contable.
Realización de auditoría a procedimientos relacionados con el proceso contable.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL MIPG

La ESE Hospital San Lorenzo, mediante la implementación del Modelo estándar de control interno como se estructuraba antes del Decreto 1499 de 2017 y el Sistema obligatorio de garantía de la calidad, ha avanzado en el desarrollo de dimensiones del Modelo integrado de Planeación y Gestión en algunos de sus elementos.

Se debe estructurar un plan de trabajo orientado a cerrar la brecha entre lo que existe y lo que exige el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, a fin de mejorar el cumplimiento de los fines esenciales de la organización y cumplir la normatividad.

RECOMENDACIONES

- Dar continuidad a la operación del Comité coordinador de control interno y calidad y al comité de Gestión, desempeño, de la ESE para orientar el trabajo de implementación y seguimiento de MIPG.

- Se recomienda fortalecer espacios de capacitación en MIPG para el personal, principalmente de líderes de procesos, aprovechando, por ejemplo, las videoconferencias dictadas por Función pública y otras opciones que se ofrezcan en el medio.

Entre otras prioridades del plan de trabajo, se debe:

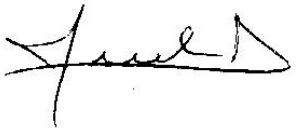
- Asignar funciones en otro cargo para apoyo a la subdirección en asuntos operativos de gestión del talento humano.
- Revisar y complementar los procedimientos que sirvan de guía y soporte de la ejecución de los procesos.
- Fortalecer estrategias para lograr mayor empoderamiento de los líderes en sus procesos y procedimientos.
- Mejorar la gestión de la documentación de los procesos y el acceso a ella por los funcionarios.
- Gestionar la actualización y aprobación de tablas de retención documental y gestionar su aplicación.
- Aplicar la metodología de administración del riesgo en los diferentes procesos, realizando seguimiento a los controles y acciones de mejora.
- Fortalecer el seguimiento y evaluación de los procesos a través de los indicadores e instrumentos definidos, analizando sus resultados en pro del mejoramiento de la gestión.
- Gestionar el desarrollo de los diferentes planes que ordenó el Decreto 612 de 2018 y cuya formulación y ejecución se incluyó en el plan de acción.

- Gestionar la operación de la página web y la publicación de la información según ley de transparencia y acceso a la información.
- Mejorar el cumplimiento en la rendición de informes a organismos de control.
- Fortalecer la medición y análisis de la gestión a través de indicadores.

Control interno contable:

- Mejorar la socialización de políticas y procedimientos relacionados con el área contable y financiera.
- Gestionar la actualización del módulo de activos fijos.
- Gestionar actualización del módulo de software y el fortalecimiento del sistema de costos.
- Terminar actualización de procedimientos y socialización con el personal involucrado.
- Fortalecer la divulgación de información financiera a los diferentes usuarios, entre ellos la comunidad.
- Implementar la aplicación de tablas de retención documental para los soportes de proceso contable.
- Implementar la política de administración del riesgo en el proceso contable.
- Realizar autoevaluación de los controles del proceso contable.

Atentamente,



MARTÍN ALVAREZ MONTOYA
Asesor Control Interno