

Santa Fe de Antioquia, julio 10 de 2024

Respetados:

Dr. Santiago Varela Macias, Gerente

C.C: Sr. Yamid Carvajal C, alcalde, presidente Junta Directiva, Lina María Présiga, comunicadora

De: Asesor de Control Interno de Gestión

### **ESE HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS SANTA FE DE ANTIOQUIA**

#### **INFORME EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

**JUNIO 2024**

Dando cumplimiento al artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9º de la Ley 1474 de 2011 y artículo 231 del Decreto Ley 019 de 2012 y al artículo 156 del Decreto Ley 2106 de 2019, los cuales hacen referencia al tema anti-trámites y la Circular Externa 100-006 de 2019 del DAFF; se define que el jefe de la Oficina de Control Interno de gestión, deberá presentar a la gerencia, cada seis (6) meses, para publicar en el sitio web de la entidad, un Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, de acuerdo con los lineamientos que imparte el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFF.

El Decreto 1499 de 2017, modificatorio del Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública y en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, establece la integración de los Sistemas de Gestión en articulación con el Sistema de Control Interno, en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Es así como el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG facilita a las entidades del Estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar el desempeño, bajo criterios de calidad, eficiencia, eficacia y efectividad, buscando con la gestión institucional los mejores resultados que generen **valor público**.

El Modelo Estándar de Control Interno – MECI está inmerso en la séptima dimensión del MIPG. El MECI es una herramienta que operativiza el Sistema de Control Interno, a través de los 5 componentes:

**Ambiente de Control:** Asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno

**Evaluación del Riesgo:** Gestión de los riesgos institucionales para evitar su materialización

**Actividades de Control:** Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos

**Información y Comunicación:** Verificar que la información y la comunicación sean efectivas para la adecuada operación en la entidad

**Actividades de Monitoreo:** Monitorear y evaluar la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente.

Los componentes antes mencionados se articulan con el esquema de líneas de defensa: línea estratégica, 1<sup>a</sup> línea de defensa, 2<sup>a</sup> línea de defensa y 3<sup>a</sup> línea de defensa.

## CONCLUSIONES DE LA EVALUACIÓN

Los cinco (5) componentes vienen avanzando, alcanzando un puntaje de 65.60% a junio 30 de 2024, comparado con el 60,26% en el segundo semestre de 2023, así:

Componente	Cumplimiento actual	Cumplimiento anterior
<b>Ambiente de Control</b>	<b>68</b>	<b>55.7</b>
<b>Evaluación de Riesgos</b>	<b>70</b>	<b>66.5</b>
<b>Actividades de Control</b>	<b>60</b>	<b>55.6</b>
<b>Información y Comunic.</b>	<b>60</b>	<b>38.9</b>
<b>Monitoreo</b>	<b>70</b>	<b>84.6</b>

## ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES

Se da a conocer las fortalezas y/o debilidades de los componentes

**-Ambiente de Control:** Explicación de las fortalezas y debilidades que Aseguran las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno.

**Fortalezas:** -Desde la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa Fe de Antioquia se goza de un buen ambiente y colaboración para desarrollar el Control Interno de Gestión, Se cuenta con un comité Coordinador de Control Interno de Gestión Conformado por el Gerente y las Subgerencia Científica y Subgerencia Administrativa y Financiera. En este comité se socializa el Plan de Auditoría 2024 que fue aprobado por el Comité Municipal de Auditorías. El comité se reúne dos (2) veces al año y el Asesor de Control interno de Gestión es su secretario técnico. La Gerencia y el equipo de directivos propician un buen ambiente para desarrollar el Control Interno y el resto de los servidores que prestan el servicio reconocen en el Control Interno de Gestión una estrategia que ayuda al cumplimiento del Plan de desarrollo y los fines esenciales del estado...Prestar servicios de salud con Calidad y Humanización.

-La oficina de Control Interno de Gestión es invitada a compartir y a socializar en los comités de gestión y desempeño y en otros, los temas de Control Interno como los planes de auditoría, sus resultados y planes de mejora.

-La Oficina de Control interno de Gestión goza de la potestad de hacer trazabilidad en todos los Procesos y Procedimientos que existen en la institución.

**Debilidades:** -Al ser un Hospital de segundo nivel de complejidad que presta servicios de tercer nivel, con 594 colaboradores a junio 30 de 2024 al servicio de la ESE Hospital, la oficina de Control Interno solo cuenta con un servidor que cumple todas las actividades y responsabilidades de la oficina de Control Interno de gestión.

-Debido a las múltiples ocupaciones del personal de los diferentes procesos, se hace muy difícil poder vincular a todo el personal o a su mayoría en el momento de las auditorías o como mínimo en la reunión de apertura. Se trabaja personalizado y con todas las interrupciones necesarias por la atención del personal.

-Falta más compromiso de los líderes de procesos o jefes de área en la socialización con sus equipos de trabajo sobre los resultados de las auditorías internas de sus procesos.

-Falta acompañamiento de las directivas y la oficina de Control Interno disciplinario en impartir sanciones o llamados de atención a los servidores que incumplen en la aplicación del reglamento interno y/o manual de funciones y competencias laborales.

**-Evaluación de Riesgos:** Explicación de las fortalezas y debilidades que evitan la materialización del riesgo.

**Fortalezas:** -Se cuenta con una política de administración del riesgo, según Resolución No. 425 del 10 de agosto de 2023.

-Se cuenta con un comité de Gestión Integral del Riesgo, según Resolución No.672 del 15 de diciembre de 2023, el cual se reúne cada cuatro (4) meses de manera ordinaria o cuando se requiera extraordinariamente por cualquiera de sus integrantes.

-Se actualiza la **matriz de riesgos**, quedando con 92 riesgos entre asistenciales y de apoyo y 40 riesgos de SARLAFT.

**Debilidades:** -Falta socializar, culturizar y evaluar con todos los servidores públicos que prestan servicio en la ESE Hospital **la cultura de riesgos** (Política de riesgos, comité de Riesgos, Matriz de Riesgos)

-Desde la Inducción y rein inducción, institucionalizar los Riesgos como un compromiso de todo servidor, en todos los servicios y para cualquier tipo de vinculación que se tenga con la ESE. Hacer seguimiento al cumplimiento y tomar medidas para quienes no lo acojan, registrar en la carpeta de evidencias para las evaluaciones de desempeño u otro mecanismo de medición o evaluación.

-Falta capacitación al personal sobre el manejo y la administración de los riesgos.

**-Actividades de Control:** Explicación de las fortalezas y amenazas en los mecanismos para tratar los riesgos ya materializados.

**Fortalezas:** -La oficina de calidad, SARLAFT y Control Interno de Gestión monitorean y hacen seguimiento a la matriz para evidenciar la materialización de ellos e implementar los respectivos planes de mejora, si se requieren.

-Se presenta un informe mensual de recomendaciones a la gerencia desde la oficina de Control Interno de gestión que resultan de los hallazgos de auditoría y otros eventos transversales, incluyendo los riesgos que se materialicen.

**Debilidades:** -Falta compromiso de los líderes y del personal en general para culturizar el tema de los riesgos gestionar.

-Falta capacitación en la administración de los riesgos.

**-Información y Comunicaciones:** Fortalezas y debilidades para la implementación de mecanismos para tratar los riesgos.

**Fortalezas:** -Se incluye en los temas expuestos en el comité de gestión y desempeño por parte de la oficina de Calidad la socialización de la administración del riesgo. Presentación que queda adscrita al acta del mes de febrero de dicho comité.

-Se hace seguimiento desde Control Interno de Gestión a la oficina de información y atención al usuario trimestral y se presenta un informe de recomendaciones al gerente y se realiza Plan de mejora.

-Se cumple con la rendición de cuentas a la comunidad desde la noma con el protocolo de invitación a los distintos grupos de interés para la rendición de cuenta.

**Debilidades:** -Falta más socialización al cliente externo o usuarios en los distintos medios de información local y regional sobre todo lo que se hace en la ESE Hospital en el tema de prevención de riesgos.

-No se logra captar el interés de todo el público objetivo invitados a rendición de cuentas, para conocer de la fuente la información real de la ESE Hospital y socializar con el resto de los usuarios y comunidad en general.

**-Actividades de Monitoreo:** -Fortalezas y debilidades en la autoevaluación y evaluación independiente.

**Fortalezas:** -Desde la gerencia y su equipo administrativo se impulsa la cultura del autocontrol.

-La oficina de Calidad verifica el estado de los riesgos asistenciales con los líderes de procesos y la oficina de Control Interno de Gestión y el Oficial de cumplimiento SARLAFT/FPADM hacemos seguimiento a los riesgos de apoyo y/o administrativos.

**Debilidades:** -La totalidad de los colaboradores NO conocen de la cultura del autocontrol y evaluación independiente. Se debe fortalecer más dicha cultura.

-Falta de capacitación en el tema cultural sobre riesgos.

## COMPONENTES MECI

En el primer semestre 2024 la medición del desempeño de la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia para el informe de evaluación independiente de Control Interno de Gestión obtuvo una calificación promedio de 65.60 en el índice de Control Interno, comparado con el período anterior de 60.26, Así:

### A. AMBIENTE DE CONTROL: Ambiente propicio para el ejercicio del Control.

Asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno

En el primer semestre 2024 el componente de **Ambiente de Control** registra una calificación de 68% frente al 55.7% del segundo semestre 2023. Esta variación positiva obedece a la participación que se viene dando con el nuevo equipo directivo, quienes ven en el Control Interno de Gestión un acompañamiento para el logro de los objetivos del Plan de Desarrollo. La invitación a acompañar con voz, pero sin voto en la Junta Directiva, invitación a participar de los distintos comités institucionales, en especial en el comité de Gestión y Desempeño, donde se tiene un espacio para socializar los temas de la Oficina de Control Interno de Gestión, también se aprovecha los momentos de inducción a buena parte del personal que inicia la prestación de servicios cual sea su tipo de vinculación, fundamentado en el MECI. Se posibilita el acompañamiento a la alta dirección y el direccionamiento estratégico, con el fin de lograr buenos resultados en los componentes del MECI.

### B. EVALUACIÓN DE RIESGOS: Es la evaluación estratégica del riesgo.

Gestión de los riesgos institucionales para evitar su materialización

En el primer semestre 2024 el componente de **Evaluación de riesgos** registra una calificación de 70% frente al 66.5% del segundo semestre 2023. Esta variación positiva obedece al empeño que desde la alta dirección y su equipo de directivos para que se cumpla la política de Administración del riesgo y a través el comité de gestión integral de riesgos.

Desde la oficina de Calidad, Oficial de cumplimiento y Control Interno de Gestión realizan el seguimiento y evaluación a la Matriz de riesgos tanto a los procesos asistenciales como administrativos.

Desde el Comité de Gestión y desempeño se socializa con los líderes de área el avance de dicha evaluación.

A junio 30 de 2024 se actualizó la matriz de riesgos en la ESE Hospital según la guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 6 de Función Pública según resolución No. 425 del 10 de agosto de 2023, quedando con **92 riesgos administrativos y asistenciales y 40 riesgos de SARLAF**.

Se ajustaron los encabezados de la descripción del riesgo, quedando así: posibilidad de afectación económica o reputacional.

### C. ACTIVIDADES DE CONTROL: Actividades de control efectivas.

Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos.

En el primer semestre 2024 el componente de **Actividades de Control** registra una calificación de 60% frente al 55.6% del segundo semestre 2023. Esta variación positiva obedece a varios aspectos, desde la oficina de Control Interno de Gestión se elabora el Plan de anual de Auditoría de Control Interno de Gestión 2024 y se ejecuta con los procesos asistenciales y de apoyo. Se elabora Plan de mejora, el cual es reportado a la alta dirección.

Se viene trabajando el tema de la autoevaluación por procesos, se realiza cada mes un listado de recomendaciones a la alta dirección sobre los hallazgos y oportunidades de mejora de cada auditoría de Control Interno de Gestión de la trazabilidad que se hace a cada proceso para ser mejorado y se hace seguimiento a dichas recomendaciones. Se hace seguimiento a los planes de mejora internos y externos; se realizan las auditorías internas de Calidad y las externas por las entidades de Control y las EPSs, pero es necesario continuar con la cultura del Control con todo el equipo de colaboradores. Se hace necesario mejorar la tecnología de la información y la comunicación interna, a su vez que se deben establecer controles adecuados, con valoración del riesgo de tal forma que se contribuya al logro de los objetivos de la entidad y a los fines esenciales del estado (mejoramiento continuo).

Se hace seguimiento a las obligaciones de la carga impositiva, incluyendo el pago de las estampillas, evitando sanciones por extemporaneidad.

Se hace seguimiento a la presentación de informes de estricto cumplimiento a las entidades de Control.

### D. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN: Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos.

En el primer semestre 2024 el componente de Información y Comunicación registra una calificación de 60% frente al 38.9% del segundo semestre 2023. Esta variación positiva obedece a varios aspectos, a través de la Oficina de Comunicaciones y prensa se vienen adelantando mecanismos de mejora con los usuarios internos y externos.

Por dicha razón es valioso conocer de su funcionamiento, su interacción con el cliente interno y externo. Además, identificar oportunidades de mejora si las hubiera.

Otro patrón de medida en la información y comunicación es la atención oportuna a nuestros usuarios a las manifestaciones que expresan a través de las PQRSF. En el cuarto trimestre 2023 el 96% de las manifestaciones fueron atendidas y se les dio respuesta oportuna. En cumplimiento a la ley 1755 de Función Pública, Ley 1474 de 2011-Estatuto anticorrupción y atención al ciudadano de la secretaría de transparencia de la presidencia de la república, se diligencian las encuestas a los usuarios como instrumento que mide la satisfacción del usuario en la prestación de los servicios en salud, la fidelización en la calidad de los servicios prestados, el tiempo de respuesta a las inquietudes o quejas.

Desde la oficina del SIAU se delega un servidor para acompañar el procedimiento de laboratorio en el tema de ayudas diagnósticas (pruebas de laboratorio) con el fin de orientar al usuario y dirigirlos a través de un tablero electrónico y direccionarlo en el proceso administrativo antes de la prueba. También se encuentra acompañando el procedimiento de citas otro servidor del área del SIAU, para quién no logre agendar su cita a través de la plataforma electrónica COCO o (Juanita), éste lo ayudará a conocer la plataforma y le ayudará a agendar la cita requerida.

En el mes de mayo de 2024 se da inicio al contrato No. CO93-2024 con el proveedor COCO Inversiones tecnológicas SAS, para licencia de uso del sistema COCO para el agendamiento de citas tanto de médico general como de especialistas.

Desde la Oficina del SIAU se sigue acompañando la Asociación de Usuarios, como representación de la comunidad, se reúnen mensualmente a escucharse y buscar soluciones en beneficio de los usuarios. Con dos representantes de la Asociación y un representante del SIAU, dos veces por semana (martes y viernes) hacen apertura de buzones de sugerencias ubicados en los distintos servicios de la sede central, en CAPI, Llano de Bolívar y Abriaquí). También se cuenta con la presencia de los representantes de la comunidad en el comité de Ética hospitalaria.

En la ESE Hospital se dispone de una oficina con cuatro (4) servidores que gestionan las autorizaciones con las EPSs y orientan a los usuarios en la tramitología de órdenes de servicio.

Se cuenta con una política de priorización

Se cuenta con la información disponible en la página web institucional para acceder a consultar y con la información en la nube y en área publica

## **E. ACTIVIDADES DE MONITOREO: Actividades de monitoreo sistemáticas.**

Monitorear y evaluar la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente.

En el primer semestre 2024 el componente de **monitoreo** registra una calificación de 70% frente al 84.6% del segundo semestre 2023. Esta variación desfavorable obedece a la falta de conciencia aún de mucha parte de los servidores, toda vez que, uno de los principios del MECI es **la cultura del autocontrol**, mediante la cual cada servidor público logre controlar sus funciones y detectar a tiempo desviaciones en sus actividades diarias, lo que falta en algunos de los servidores. Las evaluaciones periódicas permiten la eficiencia, eficacia y efectividad de los distintos procesos y cuando se detentan anomalías generar recomendaciones y acciones de mejora y en consecuencia acciones preventivas o correctivas. Es necesario que estas evaluaciones se realicen desde la alta dirección, las líneas de defensa y el Comité Institucional Coordinador de Control Interno.

Desde la oficina de Control Interno de Gestión **se realizaron en el primer semestre el 45% de las auditorias del plan anual 2024**, las cuales permiten monitorear y acompañar la gestión institucional desde la evaluación independiente y objetiva y permite generar plan de mejora. Se presenta un informe de recomendaciones a la gerencia mensual, producto de los hallazgos y oportunidades de mejora en la trazabilidad que se hace desde el control interno de gestión a los distintos procesos, encuestas a los usuarios y cliente interno, se hace seguimiento a dichas recomendaciones y se evalúa su gestión.

## RECOMENDACIONES

Para el mejoramiento continuo del sistema de Control Interno de gestión en la ESE Hospital San Juan de Dios de Santa fe de Antioquia se recomienda:

**A. AMBIENTE DE CONTROL: Ambiente propicio para el ejercicio del Control.** En general, se cuenta con un buen ambiente para cumplir con la ejecución del Control Interno de Gestión, las auditorías son bien recibidas en los servicios que se programan y se participa de las mismas por parte de los colaboradores, sin embargo, se requiere más compromiso de todos los niveles jerárquicos, desde la alta dirección y demás equipo de colaboradores en el momento de desarrollar las auditorías y con los resultados que arrojan. Se debe atender más las recomendaciones o planes de mejora. Desde el Plan de Auditorías de Control Interno de Gestión se definen las fechas para las auditorias para cada servicio y en ocasiones se debe reprogramar por requerimientos de estos, lo que genera un incumplimiento en las metas. Se debe respetar dicha planeación.

En el seguimiento a las recomendaciones o planes de mejora, se cuenta con un 60% de cumplimiento.

Se debe trabajar con todos los colaboradores que prestan servicios en la ESE Hospital en el tema del autocontrol, Autoevaluación, Riesgos del área o servicio, Austeridad como lo sugiere el MECI.

**B. EVALUACIÓN DE RIESGOS: Es la evaluación estratégica del riesgo.**

Gestión de los riesgos institucionales para evitar su materialización.

La ESE Hospital al cumplir con una buena administración de sus riesgos, contribuye a la buena toma de decisiones, garantiza una buena operación, minimiza la probabilidad de ocurrencia y su impacto, mejora la calidad de los procesos, fortalece la cultura del control, incrementa la capacidad de alcanzar los objetivos, facilita herramientas y controles para una administración eficaz y eficiente.

En el primer semestre 2024, se presenta una situación coyuntural en el tema de Gestión del Riesgo, toda vez que en el primer trimestre se cuenta con una planta de cargos de directivos y en el segundo trimestre con otra plaga de directivos, de donde cada una de ellas cuenta con su equipo de asesores diferentes. La actualización de la matriz de riesgos en el primer semestre 2024, termina con 92 riesgos en su totalidad, de los cuales se actualiza la evaluación. También se cuenta con la matriz de riesgos de SARLAFT/FPADM, la cual tiene 40 riesgos calificados a junio de 2024. Se recomienda socializar a todos los colaboradores a través de los líderes de procesos, la cultura del riesgo y hacer seguimiento a la aplicación y disminución de la materialización de estos.

**C. ACTIVIDADES DE CONTROL: Actividades de control efectivas.**

Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos. Medida que permite reducir o mitigar el riesgo.

Al identificar los riesgos, se debe evitar o minimizar su materialización a través de actividades de control efectivas. Donde hay evidencias o indicios de ocurrencia de riesgos se deben activar los controles.

En el primer semestre 22024, la oficina de calidad presenta un capítulo de la administración del riesgo en el comité de Gestión y Desempeño con el fin de ser socializado con los equipos de trabajo para implementar mecanismos de control, hacer seguimiento a los planes de mejora y así evitar o minimizar los riesgos de cada servicio.

Se recomienda mejorar la comunicación y transmitir la información y los conocimientos que se adquieren en los distintos comités y en las capacitaciones para mejorar los procesos y continuar con la cultura del Control con todo el equipo de colaboradores.

#### **D. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN: Implementar los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos.**

En la administración del riesgo es necesario el conocimiento de la entidad, su misión, visión, los objetivos estratégicos, la planeación institucional, sus procesos, sus planes, programas y proyectos. Conocer sobre la política de riesgos, identificar los puntos de riesgos, identificación, descripción y valoración de los riesgos **y de vital importancia los lineamientos de los riesgos de seguridad de la información.**

Desde la oficina de información y atención al ciudadano y con todos los servidores de la ESE, se debe mejorar en la información que se brinda a los usuarios a nivel interno y externo, para ello se debe mantener bien informado y actualizado a todo el personal. Se debe fortalecer el equipo de información y atención al ciudadano en el tema de encuestas, oportunidad y calidad en la información que se transmite. Se debe mejorar la rendición de cuentas a la comunidad, que es otra forma de informar, desde la convocatoria e invitación, para que los invitados acudan a dicha rendición y así tener más usuarios y comunidad informados desde la fuente y la multipliquen. Una buena relación y comunicación con la Asociación de usuarios y así minimizar el riesgo reputacional.

#### **E. ACTIVIDADES DE MONITOREO: Actividades de monitoreo sistemáticas.**

Monitorear y evaluar la gestión institucional, a través de la autoevaluación y la evaluación independiente.

La Autoevaluación es revisar internamente como ha sido el desarrollo de su gestión, de manera responsable de cada uno de los líderes o responsable de los procesos y procedimientos. Conocer en que debe mejorar para dar cumplimiento al Plan de desarrollo y a los fines esenciales del estado.

En este componente interviene la primera línea de defensa (gerente y líderes de los procesos, programas y proyectos), su rol principal es diseñar, implementar y monitorear los controles; también interviene la segunda línea de defensa (asesor de planeación,

interventores de los contratos, comité de riesgos, comité de contratación, entre otros), éstos deben asegurar que los controles y procesos de gestión de riesgos implementados por la primera línea de defensa estén diseñados apropiadamente y funcione como se pretende. Su rol es monitorear la gestión de riesgo y control ejecutada por la primera línea de defensa y complementarlo. La tercera línea de defensa está a cargo de la oficina de Control interno de gestión y su rol es asegurar la efectividad del Sistema de Control Interno objetivo e independiente.

En el primer semestre 2024, desde la oficina de calidad, los jefes de área y el Oficial de cumplimiento SARLAf, se actualizó la matriz de riesgos y fueron evaluados.

En la ESE Hospital se debe reforzar la claridad y responsabilidad de las líneas de defensa, para tener claro su rol en el manejo de los riesgos; además, trabajar más el tema de la autoevaluación, sentido de pertenencia, la responsabilidad, comunicación asertiva y código de integridad.

#### Otras recomendaciones:

En el cumplimiento y desarrollo de los procesos surgen actividades que pueden generar otros riesgos, por ello surgen otras recomendaciones generales que pueden impedir o minimizar la ocurrencia de éstos.

- Socializar en las reuniones de los distintos comités, en especial de Gestión y Desempeño y en las reuniones de grupo primario la nueva **matriz de riesgos actualizada a junio/2024**.
- Socializar en comité de Gestión y Desempeño la resolución No. 425 del 10 de agosto de 2023 “Por la cual se adopta la **política de Administración del riesgo**”.
- Socializar en comité de Gestión y Desempeño la resolución No 672 del 15 de diciembre de 2023 “Por medio de la cual de conforma el **Comité de Gestión Integral del Riesgo**”
- Socializar en comité de Gestión y Desempeño la resolución No 685 del 19 de diciembre de 2023 “Por medio de la cual se actualiza el **Mapa de Procesos y Procedimientos**”
- Mejorar la comunicación interna y la socialización de la información** a través de los canales establecidos, con el fin de transmitir el mismo mensaje a clientes internos y
- Mantener actualizada la información requerida en la **página web** institucional.
- Continuar con la **actualización** (parametrización) del **software SERVINTE**.
- Actualizar el manual de funciones y competencias acorde con las funciones que se realizan en la actualidad.
- El mapa de procesos y procedimientos, el organigrama y el manual de funciones deben ser coherentes en su estructura.
- Se debe cumplir el cronograma de comités y reuniones 2024. Los comités se deben evidenciar con actas y lista de asistencia y deben reposar en el archivo administrativo.

- Mejorar el tema de indicadores, toda vez que éstos ayudan en la toma de decisiones.
- Fortalecer el proceso de sistemas de información y la atención al ciudadano en la oportunidad de respuesta en los requerimientos de los usuarios.
- Recibir, analizar y acatar las recomendaciones presentadas por la oficina de Control Interno de gestión.

JORGE ALBERTO VELASQUEZ MIRANDA

Asesor de Control Interno de Gestión

Fecha de elaboración:	10 de julio de 2024
Oficio proyectado por:	Jorge Alberto Velásquez Miranda (Asesor de control interno))