

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

María del Pilar Chaves Sánchez

Período evaluado: Nov 2015 – Febrero 2016

Fecha de elaboración: Marzo 2016

A continuación se da un informe del desarrollo de los Módulos, de acuerdo con la estructura del MECI, en donde se describe el avance y las dificultades encontradas en el período evaluado.

MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Avances

1. El Modelo Estándar de Control Interno, tiene como objetivo ser una herramienta de control para que las instituciones del Estado logren cumplir con los objetivos institucionales en el marco legal aplicable. Según el resultado de la Encuesta de "Autoevaluación del Control" realizada a una muestra representativa de funcionarios, la Institución presenta un nivel de mantenimiento del modelo de 3.43, resultado Satisfactorio, según el rango definido por el MECI.
2. Se cuenta con el Plan de Capacitación Institucional para el 2016 y se le está dando cumplimiento. Actualmente se está realizando capacitación en soporte vital para el personal asistencial, con el propósito de que todos cuenten con dicho certificado y dar cumplimiento a la norma.
3. La Oficina de Bienestar Social entregó el informe de actividades del último trimestre del 2015, donde registra actividades como el concurso de pesebres en diciembre, incentivos por atención al ciudadano y becas para estudio.
4. En diciembre 2015 se realizó la VII semana de la Salud Ocupacional, dando cumplimiento a la normatividad vigente en el tema de Disminución del Riesgo Laboral y mejorar el entorno de los trabajadores, contando con una buena asistencia a todas las actividades programadas.
5. Durante los días 1 y 2 de febrero se realizó socialización de prueba piloto del Sistema Propio de Evaluación del Desempeño Laboral por Competencias, y se capacitó al personal.
6. Se implementó la gestión de documentos en el módulo Documentos en el DARUMA y se inicio la puesta en producción del módulo
7. procesos con la parametrización de la información del módulo.
8. Se realizaron 3 autoevaluaciones de la calidad de la atención con el seguimiento a los compromisos de los servicios auditados.
9. En el mapa de riesgos institucional para la vigencia 2016 está en construcción y se está realizando la revisión y ajuste del Plan de Acción de Lucha contra la corrupción y de Atención al Ciudadano 2016.
10. El seguimiento realizado al Plan de Desarrollo 2012 – 2015 no presenta un análisis referente al cumplimiento de los objetivos y no se observa seguimiento al Plan de Inversiones de dicho plan. El Plan de Desarrollo 2015 dio un cumplimiento del 69%.
11. Se encuentra publicado en la página web, link de transparencia, el Plan Anual de Adquisiciones para la vigencia 2016.
12. En diciembre se realizó el último seguimiento del 2015 al cumplimiento de acciones registradas en el Plan de Acción de Lucha contra la Corrupción, presentando un cumplimiento del 66%. Igualmente se realizó el seguimiento a las actividades registradas en el Mapa de Riesgos Institucionales, incluidos los riesgos de corrupción, el cual presentó un cumplimiento del 47%.
13. El proceso de Gestión de Atención del Usuario realiza análisis trimestral de las PQRSF en el que determina los servicios que presentan debilidades en la atención y conjuntamente con los líderes de los procesos se establecen acciones correctivas para el mejoramiento continuo. En la página web se publica el cuadro consolidado en cada trimestre.

Dificultades

1. Hay debilidades en el autocontrol por parte de los procesos, lo cual afecta el cumplimiento de los objetivos institucionales.
2. La Metodología y las Políticas de Administración del Riesgo requieren actualización, para lograr una mejor comprensión y participación en la construcción del mapa de riesgos por parte de los procesos.
3. Se realizó en la Institución la encuesta de percepción del clima laboral, pero no se han socializado los resultados, como tampoco el plan de mejoramiento.
4. Se están ajustando los Manuales de Funciones y Competencias Laborales de la Institución; solo se han ajustado los del nivel directivo, quedando pendientes los manuales de niveles profesional, técnico y asistencial.
5. Las actividades de inducción específica al cargo no cuenta con un procedimiento estandarizado.
6. El desarrollo del 7 ciclo de autoevaluación con estándares de acreditación no se llevo a cabo.
7. No se encuentra conformado el Comité de Gobierno en Línea, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1151 del 14 de abril del 2008.
8. Se evidencian avances en el cumplimiento de la ley 1712 del 2014, pero no se cumple en su totalidad.
9. El Equipo de Gestores de Calidad y MECI se conforma mediante Resolución DG-4344-2014, pero no se evidencia su funcionamiento.
10. Se cuenta con el informe de monitoreo del cuarto trimestre de 2015 al Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero, PSFF.
11. Se desconoce al interior de la Institución un documento oficial con la descripción por áreas de cada dependencia de la nueva estructura organizacional, lo cual se requiere, además, para la implementación de las tablas de retención documental.
12. El Normograma se encuentra desactualizado y no se cuenta con una directriz institucional para que los responsables de actualizar esta herramienta cuenten permanentemente con las normas actualizadas que rigen a cada proceso.
13. Las Tablas de Retención Documental no están implementadas en la Institución.

MÓDULO DE CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Avances

1. Se cumplió con el Programa Anual de Auditorías de la vigencia 2015.
2. Se dio cumplimiento a la Evaluación de la Gestión Institucional (Evaluación por Dependencias) del 2015, según la Ley 909 del 2004.
3. La Oficina de Control Interno participó mensualmente en el Programa de Inducción y Reinducción del 2015, donde se fomenta el autocontrol y se enfatiza sobre el rol que desempeña la Oficina de Control Interno. Se dio inicio al programa en el 2016.
4. La Rendición de Cuentas en Línea, el Informe de Austeridad del Gasto, el Informe de Atención al Usuario y el Informe Pormenorizado, se ha realizado en forma oportuna.
5. Se reportan los indicadores en cumplimiento del Decreto 2193/2004, en forma oportuna.
6. Se realizaron los seguimientos a planes de mejoramiento suscritos en la Oficina de Control Interno, producto de las auditorías internas de gestión y al plan de mejoramiento institucional, producto del cierre fiscal.

Dificultades

1. La autoevaluación del control y de la gestión es un elemento activo y básico para la mejora continua, por cuanto dinamiza la forma como se desarrolla el control interno en la entidad; pero éste presenta debilidades en los procesos de la Institución, lo cual repercute en el nivel de madurez del Sistema de Control Interno y en los resultados de gestión del proceso.

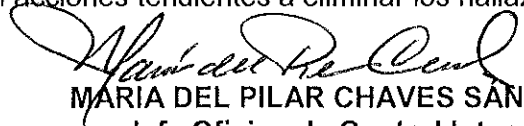
2. Los informes de las auditorías internas de gestión no son asumidas con la importancia debida en la Alta Gerencia, ni por parte del proceso auditado, lo que se evidencia en el diseño de los planes de mejoramiento, en su falta de oportunidad al presentarlos y en el insuficiente seguimiento que realizan los responsables del mismo, todo lo cual desemboca en evaluaciones institucionales poco satisfactorias.
3. Se ha realizado seguimiento a los planes de mejoramiento que se han suscrito en la Oficina de Control Interno, y a pesar de su cumplimiento no tienen la efectividad esperada.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Los planes de mejoramiento, planes de acción, mapas de riesgos e indicadores, son herramientas básicas de gestión y control. El resultado de su seguimiento proporciona el conocimiento de cada proceso, la consecución de sus objetivos y metas propuestos, permite tener una visión sistémica de la organización y así determinar mecanismos de control, facilitando la toma de decisiones para el mejoramiento de la Entidad. Sin embargo, la mayoría de los procesos no le dan la importancia debida a estas mediciones, razón por cual los resultados de la gestión en muchas ocasiones no son oportunos o no son confiables, por lo cual el estado general del Sistema de Control Interno no alcanza el nivel esperado.

RECOMENDACIONES

1. Realizar la formulación del Plan de Acción Institucional oportunamente, de tal forma que sirva como referente para el Plan de Acción de cada proceso.
2. Fortalecer el autocontrol por parte de los procesos, en actividades como el seguimiento a planes de acción, mapa de riesgos, indicadores y planes de mejoramiento.
3. Actualizar la Metodología y las Políticas de Administración del Riesgo.
4. Socializar los resultados de la encuesta de percepción del clima laboral y el plan de mejoramiento diseñado.
5. Ajustar la totalidad de los Manuales de Funciones y Competencias Laborales de la Institución.
6. Diseñar el procedimiento para las actividades de inducción específica al cargo e implementarlo en cada uno de los procesos institucionales.
7. Realizar las autoevaluaciones y las actividades requeridas para lograr la acreditación de la Institución.
8. Conformar el Comité de Gobierno en Línea para la implementación total de la Estrategia de Gobierno en Línea y de la información requerida según la Ley de Transparencia y del derecho al acceso a la información pública.
9. Poner en funcionamiento el Equipo de Gestores de Calidad y MECI en cumplimiento de las directrices institucionales.
10. Definir las áreas que pertenecen a cada dependencia según la modificación de la estructura organizacional y socializar.
11. Realizar las gestiones necesarias para la implementación de las Tablas de Retención Documental.
12. Actualizar el Normograma Institucional.
13. Sensibilizar a la Alta Dirección sobre la importancia de los planes de mejoramiento, resultado de las auditorías internas de gestión y de calidad, de tal manera que los procesos auditados los suscriban oportunamente y con acciones tendientes a eliminar los hallazgos.


MARIA DEL PILAR CHAVES SANCHEZ
Jefe Oficina de Control Interno

FIRMA