

INFORME DE EVALUACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

PERIODO: MARZO – JUNIO DE 2017

Oficina de Control Interno
Contraloría Departamental del Valle
Julio 31 de 2017.

Contraloría Departamental del Valle

INFORME DE EVALUACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

Este informe evaluación se fundamenta en la Ley 1474 de 2011 - artículo No. 9, se elabora a partir del seguimiento a la gestión institucional durante el cuatrimestre marzo - junio 2017, siguiendo la estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI – Decreto 943 de mayo 21 de 2014, el cual tiene como propósito aportar a la mejora permanente de la Entidad, especialmente con las recomendaciones, sobre los aspectos a mejorar.

MODULO CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN



En las evaluaciones realizadas a la entidad, se pudo establecer:

AVANCES

1. El proceso financiero de la entidad se encuentra documentado y caracterizado, lo cual permite identificar claramente los proveedores del proceso de Recursos Físicos y Financieros.
2. La entidad cuenta con un Comité Técnico de Sostenibilidad del Sistema Contable, el cual está conformado por la Secretaria General, el Tesorero General, el Director Administrativo de Gestión Humana, la jurídica y un funcionario del área de contabilidad.

3. En todas las operaciones contables de la entidad se aplican las normas de contabilidad generalmente aceptadas y establecidas por la Contaduría General de la Nación – CGN.
4. Como resultado de la auditoría realizada por el Icontec en 2016, se mantiene la certificación del Sistema de Gestión de Calidad bajo las normas NTCGP 1000:2009 y NTC ISO 9001:2008.

A la fecha de las no conformidades dejadas por ICONTEC en septiembre de 2016, se encuentra abiertas 2, correspondientes a Gestión Humana y Planeación y Direccionamiento Gerencial.

5. La entidad diseñó el manual de directrices de conformación de hallazgos destinados al inicio de las acciones fiscales, con miras a determinar eficientemente la apertura de procesos verbales y ordinarios de Responsabilidad Fiscal.
6. De manera permanente, los procesos de la entidad revisan y actualizan los procedimientos a través de los cuales se desarrolla la gestión de la entidad.
7. La evaluación del desempeño de los empleados se realiza dentro de los términos establecidos por la ley 909 de 2004 y de acuerdo con las circulares internas y de la Comisión Nacional del Servicio Civil.
8. La Dirección Administrativa de Gestión Humana y Financiera continúa realizando inducción general y específica a los nuevos funcionarios que ingresan a la entidad, lo cual contribuye al conocimiento de la entidad y a fomentar el compromiso de éstos con la entidad.
9. De conformidad con el plan de capacitaciones se realizó reinducción a los funcionarios de la entidad.
10. Se cuenta con un manual de la calidad, en el cual se tiene documentado el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad.
11. El Modelo de Operación por procesos de la entidad, tiene identificados los procesos que conforman la entidad y sus interacciones, encontrándose agrupados de acuerdo a sus afinidades en macro procesos.
12. La estructura organizacional permite contar con niveles de autoridad y responsabilidad bien definidos para la toma de decisiones, lo cual permite obtener los resultados esperados, contribuyendo al logro de los objetivos propuestos en la planeación estratégica de la entidad.

13. El mapa de riesgos de la entidad tiene definidos los riesgos operativos y de corrupción de los procesos, encontrándose documentado y socializado a todos los funcionarios.
14. La ejecución presupuestal de ingresos y gastos de la entidad permanece en constante monitoreo y seguimiento por parte de los procesos de Recursos Físicos y Gestión Humana, a fin de realizar los ajustes pertinentes que puedan impedir cumplir con la planeación de la entidad o evitar caer en un déficit fiscal.
15. El Programa de Auditorías al Sistema Integrado de Gestión – PASIG, es proyectado de acuerdo a la norma NTCGP 1000:2009 y la guía MECI 2014, conforme a los numerales y elementos que les aplican a los procesos, teniendo en cuenta además, los aspectos evaluados por la Auditoría General de la República – AGR, el ICONTEC y aquellas evaluaciones externas que le han sido realizadas por la Corporación Transparencia por Colombia, con lo cual se pretende tener una cobertura amplia de la entidad al momento de evaluar la eficacia de su gestión.
16. El representante de la Dirección de la entidad, está constituido por el Subcontralor, quien es un funcionario del primer nivel de la entidad, lo cual permite garantizar el mantenimiento y mejora continua del Sistema Integrado de Gestión.
17. Los indicadores de la entidad se encuentran aprobados por la alta dirección y están armonizados con el Plan Estratégico 2016 – 2019, a través de los cuales se pretende medir la gestión de los procesos a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos.
18. Los controles establecidos en los mapas de riesgos de los procesos han sido eficaces, no obstante, a 30 de abril del 2017, de los 64 riesgos (operativos y de corrupción), se materializaron seis (6), así: dos (2) en el proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial, uno (1) en el proceso de Participación Ciudadana, uno (1) en Control Fiscal, uno (1) en Gestión Humana y uno (1) en Recursos Físicos y Financieros.
19. Los controles establecidos a nivel de todos los procesos, son ajustados de acuerdo a las revisiones y evaluaciones realizadas por los procesos y la Oficina de Control Interno.
20. Se cuenta con un Plan de Capacitaciones (internas y externas), a través del cual se busca fortalecer la competencia de los funcionarios así como de la comunidad organizada que interactúa diariamente con la entidad.

21. Dando cumplimiento a los lineamientos establecidos por la Ley 1474 de 2011 (Estatuto Anticorrupción), la entidad adecuó unos espacios con la logística necesaria para desarrollar la oralidad en los procesos de Responsabilidad Fiscal (procedimiento verbal de responsabilidad fiscal).
22. Se está socializando en la página web de manera trimestral la información correspondiente a la ejecución presupuestal de la entidad.
23. El tamaño de la muestra para las encuestas de medición de la comunicación tanto interna como externa, fue ampliado, con el objetivo de contar con un número de encuestas más representativas que permitan tener un mayor nivel de confianza con respecto a los resultados obtenidos.

DIFICULTADES

1. Necesidad de continuar con el acondicionamiento del archivo, que aunque con las adecuaciones adelantadas, se logró una mejoría sustancial, se sigue presentando humedad y se requiere que se tomen decisiones con relación a los equipos de oficina que reposan en este sitio (inservibles), los cuales generan polvo, polución afectando el ambiente del archivo y la permanencia de lo que allí reposa.
2. Necesidad de adoptar nuevas estrategias para la difusión de los principios y valores éticos establecidos en el código de ética de la entidad.
3. Necesidad de dar cumplimiento a la política de **Cero Papel**, Resolución No. 011 de 2013.
4. No se tienen diseñadas en la entidad, **políticas** enfocadas al fortalecimiento de los valores de responsabilidad y vocación de servicio, así como de la promoción de publicidad en las actuaciones y hacia la prevención de conductas corruptas y de la identificación de áreas susceptibles de corrupción en la entidad.
5. Necesidad de fortalecer el Plan de Formación y Capacitación de la entidad a través de las necesidades de formación y capacitación detectada en las evaluaciones de desempeño de los funcionarios.
6. Necesidad de implementar y documentar acciones preventivas y correctivas que permitan dar solución a aquellos factores de Riesgo detectados en los puestos de trabajo por la Administradora de Riesgos Laborales – ARL POSITIVA.

7. Necesidad de que los informes sectoriales que produzca la entidad como resultado de su gestión, sean publicados de manera independiente, puesto que si éstos son incorporados a otros informes no causarían el impacto esperado en clientes y partes interesadas.
8. Necesidad de socializar el Plan Anticorrupción a todos los funcionarios de los procesos, puesto que se continúa evidenciando desconocimiento de este producto por parte de algunos funcionarios.
9. Falta de difusión de la información correspondiente a las acciones preventivas, correctivas y de mejora que han sido implementadas en la entidad como resultado de la información recibida de la ciudadanía y partes interesadas.
10. Necesidad de fortalecer la oralidad en los procesos de Responsabilidad Fiscal con el fin de poder descongestionar los despachos.
11. Falencias en el principio del Autocontrol, establecido en el Modelo Estándar de Control Interno – MECI, por parte de los procesos, los cuales deben realizar actividades de seguimiento periódico a planes de acción, mapas de riesgos, indicadores, plan anticorrupción, planes de mejoramiento y de atención al ciudadano, etc. lo cual afecta el normal desarrollo de la gestión de la entidad.
12. Necesidad de un Nomograma actualizado, de conformidad con los cambios normativos internos y externos. De manera que le permita a la entidad garantizar el control de cumplimiento, con las normas de carácter constitucional, legal, reglamentario y de autorregulación que le son aplicables.
13. Respecto a las Denuncias de los ciudadanos, Participación Ciudadana debe adelantar acciones tendientes a disminuir el número de días que tarda en responder, ajustándose a los términos de ley.

MÓDULO DE CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

En las evaluaciones realizadas a la entidad, se pudo establecer:

AVANCES

1. La entidad cuenta con un software que le permite calcular de manera ágil las Prestaciones Sociales de los funcionarios.
2. Se cuenta en el proceso de Evaluación y Mejora (Oficina de Control Interno) con profesionales en derecho, administración de empresa y economía.

3. La entidad tiene definidos los mecanismos de verificación y evaluación que le permiten a los responsables de proceso evaluar y determinar las posibles desviaciones de su gestión, a fin de poder tomar las decisiones pertinentes y necesarias para el logro de los objetivos y metas propuestas.
4. Se realiza evaluaciones al Sistema de Control Interno, cuyos resultados son presentados a la alta dirección, permitiéndole a la entidad determinar su efectividad y desviaciones para la toma de decisiones.
5. La Oficina de Control Interno coordina y realiza con la participación de los procesos, la *Autoevaluación del Control*, cuyos resultados sirven como insumo para el informe ejecutivo anual que se rinde al Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, sirviendo además para establecer la efectividad de los controles establecidos en los procesos de la entidad.
6. Al interior de la entidad se tienen definidas 17 fuentes por las cuales se suscriben planes de mejoramiento al interior de los procesos. Entre otras, las fuentes de mayor utilización son: Autoevaluación de la Gestión, Revisión por la Dirección, Círculos de Mejoramiento, Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión – ASIG, Auditoría del ente Certificador (Icontec), Auditoría General de la República – AGR y Riesgos de los Procesos, los cuales son evaluados periódicamente por la Oficina de Control Interno con el fin de realizar las observaciones y recomendaciones pertinentes que permitan garantizar su efectividad.
7. Periódicamente y a través del procedimiento de *Autoevaluación de la Gestión*, los procesos evalúan sus indicadores, obteniendo resultados de su medición que sirven para la toma de decisiones y corrección de las desviaciones.
8. La entidad tiene documentado e implementado el procedimiento de "Auditorías del Sistema Integrado de Gestión - ASIG", a través del cual se evalúa el mantenimiento y mejora del Sistema Integrado de Gestión (MECI y Calidad), determinándose las desviaciones que presenta su gestión, generándose hallazgos (no conformidades y oportunidades de mejora), que son corregidos a través de la suscripción y ejecución de acciones correctivas, preventivas y de mejora.
9. Se tienen implementados y documentados en la entidad, los procedimientos de Plan de Mejoramiento Institucional y por Procesos e Individual, a través de los cuales se suscriben acciones correctivas, preventivas y de mejora como producto de evaluaciones internas y externas realizadas a la entidad.

10. Como producto de los planes de mejoramiento individual, los funcionarios de la entidad suscriben acciones correctivas, que les permiten corregir aquellas brechas o falencias detectadas en su desempeño laboral.
11. El procedimiento de Auditorías al Sistema Integrado de Gestión, se encuentra adaptado a las normas NTC ISO 19011, NTCGP 1000:2009 y NTC ISO 9001:2008 y MECI 2014.
12. Se actualizó al grupo de auditores internos de la entidad, en la armonización de las normas NTCGP 1000:2015 y MECI 2014, adicionalmente se capacitó un grupo de auditores nuevos en NTCGP 1000:2015.

DIFICULTADES

1. Es necesario que los Responsables de Proceso evalúen la eficacia de las acciones implementadas y acordadas en los planes de mejoramiento individual con sus funcionarios, con el fin de corregir o eliminar las desviaciones encontradas en el desempeño de éstos.
2. Continúan dificultades para poder contar con auditores internos de calidad pertenecientes al proceso de Control Fiscal, pues su inclusión en el ciclo de auditorías internas, dificulta en cierto modo la ejecución del PGA de la entidad.
3. Continúan presentándose dificultades con algunos responsables de proceso en la difusión de los resultados de seguimientos de planes de mejoramiento realizados por la Oficina de Control Interno, lo cual dificulta su conocimiento y compromiso por parte de los funcionarios para garantizar la efectividad en el tiempo de las acciones implementadas, a fin de garantizar que los hallazgos detectados no vuelvan a presentarse a futuro.

EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

AVANCES

1. La entidad cuenta con 156 equipos (hardware), los cuales cuentan con software debidamente licenciados, los cuales son utilizados en el desarrollo de la misión institucional.
2. Entre el 14 y el 28 de marzo de 2017, se realizó el ciclo de auditorías al Sistema Integrado de Gestión de la vigencia 2016, del cual se derivaron 38 no conformidades, que a la fecha se han cerrado 5, encontrándose abiertas 33.

3. A la fecha de las no conformidades dejadas por ASIG 2016, se encuentran 3 abiertas, correspondientes a los procesos de Gestión Humana (2) y Comunicación Pública (1).
4. Se cuenta en la entidad con una Guía de Administración de Riesgos, a través de la cual se realiza el análisis y la valoración de aquellos riesgos que pueden entorpecer o desmejorar su gestión, teniéndose definidos los criterios de la entidad para dar un tratamiento adecuado a éstos, evitar su materialización o disminuir su impacto, de manera que le permitan desarrollar su gestión eficazmente.
5. La entidad cuenta con un Plan Institucional de Formación y Capacitación, el cual es actualizado anualmente de acuerdo a los requerimientos hechos por los procesos, clientes y partes interesadas.
6. El mapa de riesgos de la entidad, se encuentra adaptado al nuevo Plan Estratégico 2016-2019, encontrándose incluidos los riesgos de corrupción, cumpliéndose con el primer componente del Plan Anticorrupción y de Atención Ciudadana, tal como lo establece la Ley 1474 de 2011.
7. Se tiene documentado y divulgado el procedimiento control de registros – M3P10-02, con el cual la entidad administra la información que se produce y procesa en ésta.
8. Dando cumplimiento al artículo 24 de la Ley 594 de 2000, la entidad cuenta con *tablas de retención documental* que permiten controlar los documentos producidos por todos los procesos. Éstas pueden ser modificadas dando cumplimiento al procedimiento Control de Documentos M3P10-01 y de acuerdo a las necesidades de los procesos.
9. El proceso de Gestión Documental a través del resultado obtenido de las encuestas de satisfacción tanto internas como externas de los clientes, implementa acciones correctivas que le permiten mejorar continuamente el manejo de la información en la entidad.
10. Se cuenta con sistemas de información, que le permiten la captura, procesamiento y distribución de la información, las cuales son actualizadas y mantenidas en óptimas condiciones para garantizar oportunidad e integridad de la información.
11. La entidad cuenta con los planes de *Comunicaciones* y *de Medios*, en los cuales se definen los lineamientos que facilitan el manejo de la información interna y externa, planes que son revisados y ajustados por el proceso de Comunicación Pública, facilitando el flujo de la información en la entidad.

12. La entidad cuenta con procedimientos bien definidos, los cuales son evaluados permanentemente por los procesos, realizándose los respectivos ajustes o modificaciones, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos por el procedimiento Control de Documentos – M3P10-01.
13. Se tienen definidas en la entidad las fuentes internas y externas de información (Quejas y/o denuncias, derechos de petición, Centro de Atención al Ciudadano y Control a la Correspondencia Interna - Cacci, página web, buzón de sugerencias, fax, correo electrónico, foros, correo institucional, rendición pública de cuentas, etc.).
14. Se continúa con la línea de atención al ciudadano (888 03 04), a través de la cual se reciben las denuncias, sugerencias o reclamos que formula la comunidad de manera verbal, las cuales deben ser registradas a través del *formato de presentación de queja ciudadana*.
15. La ventanilla única de la entidad, cuenta con una guía en la cual se determinan los parámetros que permiten garantizar una óptima comunicación entre la entidad, sus clientes y partes interesadas.
16. La entidad cuenta con aplicativos como son: el sistema de información de rendición de cuentas en línea - RCL, software de peticiones, quejas y denuncias, Procesos Sancionatorios, Derechos de Petición, Procesos de Responsabilidad Fiscal y Cobro Coactivo, entre otros, los cuales han sido desarrollados y diseñados por o con el acompañamiento del proceso de Administración de Recursos informáticos para darle cumplimiento a estándares en el desarrollo de software.
17. El software de Rendición de Cuentas en Línea - RCL contribuye de manera directa a brindar mayor oportunidad a clientes y partes interesadas, pues permitirá advertir a los sujetos de control debilidades en la ejecución de los recursos públicos. Así mismo, garantiza la coherencia de los datos a rendir por parte de los entes sujetos de control, permitiendo la articulación del Control Social y el Control Fiscal, especialmente en la inversión para la ejecución de obras de infraestructura, permitiendo que por parte de la comunidad se ejerza su seguimiento en tiempo real.
18. Los sistemas de información poseen mecanismos de control implementados mediante un módulo de seguridad, en los cuales se establecen niveles de acceso para cada usuario con su respectiva identificación y clave de acceso, de acuerdo al rol a realizar en el sistema de información como: captura, procesamiento, modificación e interface de información, consulta, administración y distribución de datos, que garantizan la calidad de la información que se obtiene de dichas herramientas.

19. La divulgación de la información para los clientes y partes interesadas, se realiza a través de la página web de la entidad, en la cual se publican noticias, resoluciones externas (rendición de cuentas), los informes finales de auditoría y los pronunciamientos del señor contralor. Las entrevistas en medios de comunicación siguen siendo una forma de mostrar la gestión de la CDVC, así como la participación en eventos de carácter intersectorial. Igualmente se ha comenzado con la utilización de las redes sociales para fortalecer la interacción con el público.
20. En cumplimiento del artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, la entidad cuenta con un Plan de adquisiciones o compras, cuyo objetivo es contar con un instrumento de programación y control, para la adquisición de bienes de consumo, elementos devolutivos, materiales y suministros, y contribuir con los principios de transparencia y economía en la adquisición de los bienes y servicios que requiere la entidad.
21. Con el fin de prevenir o evitar riesgos en la información contenida en los medios magnéticos con que cuenta la entidad, se tiene diseñado un Plan de Contingencia para la Administración de los recursos informáticos.
22. La entidad rediseñó la página web, creando nuevos link con información importante a difundir, haciéndola más amigable a los clientes y partes interesadas, cumpliendo de esta manera con las directrices de la alta dirección y los requerimientos establecidos por Gobierno en Línea a través del Decreto 1151 de 2008 del Ministerio de Comunicaciones.
23. El proceso de Administración de Recursos Informáticos brindó el soporte y mantenimiento de la intranet, realizando capacitaciones para su uso.

DIFICULTADES

1. Necesidad de generar estrategias que permitan garantizar la consulta y actualización permanente del *normograma* de la entidad, de manera que sea de utilidad para los funcionarios y/ clientes en general.
2. Necesidad de generar una Agenda Institucional o una herramienta informática, que permita conocer de parte de todos los funcionarios, las actividades a desarrollarse en la entidad, con lo cual se podrán evitar cruces de reuniones, capacitaciones, desplazamientos, etc por parte de los funcionarios convocados.
3. Necesidad de diseñar y difundir ante clientes y partes interesadas, mecanismos que les permitan interponer quejas por presuntas actuaciones antiéticas por parte de los funcionarios de la entidad.

4. Necesidad de generar al interior de la entidad, una cultura que garantice consulta y uso permanente de los medios tecnológicos con que se cuenta.
5. Desconocimiento por parte de algunos funcionarios de los procesos acerca de la operatividad del software de Rendición de Cuentas en Línea – RCL, a través del cual los sujetos de control rinden la información correspondiente a la cuenta.
6. Necesidad de un software que permita manejar el Sistema Integrado de Gestión de la entidad así como el manejo de planes de mejoramiento tanto internos como del ente de control (AGR) o certificador (Icontec).
7. Necesidad de generar al interior de la entidad, una cultura autocontrol.
8. En la actualidad el aplicativo observatorio se encuentra en mantenimiento desde el 06 de febrero de 2017, según la última fecha de actualización en la página web de la entidad. Es de resaltar la importancia de dicho aplicativo de cara a la transparencia ante la comunidad, dado que la misma podía ver en tiempo real el desarrollo de las Auditorias.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La Contraloría Departamental del Valle del Cauca implementó el Modelo Estándar de Control Interno - MECI a través de la Resolución Reglamentaria No.100.28.02-12 del 3 de octubre de 2005.

De igual manera, implementó el Sistema de Gestión de la Calidad el cual fue certificado ante el ICONTEC bajo la norma NTC ISO 9001:2000, encontrándose en la actualidad certificado hasta la vigencia 2018 bajo las normas NTCGP 1000:2009 y NTC ISO 9001:2008.

El Sistema de Gestión de la Calidad y el MECI 2014 se encuentran armonizados en el Sistema Integrado de Gestión - SIG, el cual se evalúa periódicamente a través de las Auditorías al Sistema Integrado de Gestión - ASIG, con las cuales se vienen generando Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora que le permiten a la entidad corregir permanentemente sus desviaciones y mantener en un proceso de mejoramiento continuo a nivel de todos los procesos.

Mediante Resolución Reglamentaria No.011 del 18 de diciembre de 2014, la entidad adoptó la actualización del Sistema Integrado de Gestión – SIG, de acuerdo a la guía MECI 2014 emitida a través del Decreto 943 del 21 de mayo de 2014 por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

A través del diligenciamiento de la encuesta de Autoevaluación del Control en el mes de octubre a 34 funcionarios de la entidad, donde se evaluó el estado de desarrollo y fortalecimiento de los componentes del Sistema de Control Interno en la vigencia 2016.

Se hace necesario que los funcionarios se apropien de los *principios del MECI 2014*, para lograr un sistema de control interno fuerte y sostenible con políticas, instrumentos y mecanismos de seguimiento, evaluación y verificación en procura del mejoramiento continuo.

Frente al proceso de la planeación de la función archivística, no se cuenta con el Plan institucional de archivos – PINAR (Instrumento para la planeación de la función archivística, el cual se articula con los demás planes y proyectos estratégicos previstos por la entidad). Como tampoco se tienen proyectos sobre gestión documental inscritos o en desarrollo.

En el Programa de Gestión Documental, existe la necesidad la digitalización de la información y la creación de metadatos en documentos electrónicos de archivo de acuerdo con el Decreto 2609 de 2012. La digitalización de archivos busca mejorar el acceso y conservación de la información, además de que facilita la consulta de la información.

Para la implementación de las acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora, los procesos suscriben planes de mejoramiento, a los cuales se les realiza seguimientos periódicos en primera instancia por los responsables de los procesos y en segunda instancia por la Oficina de Control Interno, la cual realiza la evaluación independiente generando observaciones y recomendaciones que deben ser tenidas en cuenta para garantizar el mejoramiento institucional.

A nivel general, se puede colegir que la Contraloría Departamental del Valle del Cauca tiene implementado un Sistema Integrado de Gestión (MECI y SGC), el cual le permite ejercer un control posterior eficiente a los entes sujetos de control, generando para ello, informes que les permiten corregir las desviaciones detectadas para mejorar su gestión en procura del buen uso de los recursos públicos, con lo cual se busca por parte de este ente de control un mejoramiento en la calidad de vida de los vallecaucanos.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario que todos los procesos evalúen de manera periódica los productos del Sistema Integrado de Gestión con que cuentan, a fin de establecer las necesidades de actualización o mejora que éstos requieran.

2. Es importante que a través de los diferentes medios de comunicación con que cuenta la entidad, se socialicen los temas de interés general tratados en los diferentes comités.
3. Aunque se ha implementado en la entidad la política de “*cero papel*”, es necesario que el grupo de trabajo designado mediante el artículo 4º de la Resolución Reglamentaria No.011 de 2013, cumpla con las responsabilidades establecidas en el artículo 5º de dicha resolución.
4. Es necesario que se tenga en cuenta el estado del sistema de cableado estructurado de la entidad. Teniendo en cuenta que la actual infraestructura presenta deficiencias como: mal estado del sistema de canaletas, cableado no estructurado y dispuesto de manera indebida, riesgo de accidentes por enredos en los cables ya que estos invaden zonas comunes, entre otras.
5. Es necesario desarrollar una metodología para evaluar de manera efectiva el desempeño de los funcionarios, la cual deberá permitir establecer con objetividad, quienes son los mejores funcionarios de cada nivel, sirviendo como estímulo para que todos los funcionarios mejoren continuamente su labor, y busquen la excelencia en la prestación del servicio a clientes y partes interesadas.
6. Para el diseño del Plan de Compras es importante que se tengan en cuenta las observaciones hechas por la Administradora de Riesgos Laborales - ARL, en cuanto a necesidades de los puestos de trabajo de los funcionarios.
7. A fin de garantizar el mejoramiento continuo de la entidad, es importante que se continúe fortaleciendo la capacitación del talento humano.
8. Se requiere por parte de cada proceso monitoreo permanente a los aplicativos con que se cuenta, a fin de realizar oportunamente sus respectivas actualizaciones o modificaciones para garantizar su óptimo desempeño.
9. Fomentar el *autocontrol* al interior de la entidad, de manera que le permita a los procesos evaluarse de manera permanente, lo cual redundará en una toma de decisiones oportuna y en tiempo real, a fin de corregir aquellas desviaciones que se puedan presentar en el desarrollo de la gestión.
10. Se requiere del diseño de políticas administrativas que interioricen una cultura orientada hacia la generación de *Calidad Total* en la prestación del servicio, la cual se deberá ver reflejada en la adopción de comportamientos encaminados a prestar un excelente servicio por parte de todos los servidores de la entidad.

11. Continuar ampliando el número de encuestas de medición de la comunicación tanto interna como externa, a fin de poder contar con muestras más representativas que permitan tener un mayor nivel de confianza con respecto a los resultados obtenidos.
12. Que todos los responsables de proceso continúen socializando a sus funcionarios, los resultados obtenidos tanto de evaluaciones internas como externas, involucrándolos en la suscripción de los respectivos planes de mejoramiento, con lo cual se podrá garantizar su participación y compromiso en la consecución de los resultados esperados.
13. Continuar actualizando en la página web de la entidad, todos sus contenidos fijos, como noticias e informes de auditorías realizadas, con lo cual se podrá generar transparencia hacia la comunidad además de facilitar su consulta y participación.

Atentamente,

ANDRÉS MURILLO
Jefe Oficina de Control interno