Nombre del Proceso:	Control de Gestión – COG.				
Responsable:	Asesor de Control Interno				
Entidad:	Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios				
Código:	FO-COG-03	**Versión:**	01-COG-2.019.	**Fecha:**	17 de noviembre de 2.019
Elaborado Por:	Asesor de Control Interno.		**Aprobado Por:**	Gerente Empresa Social del Estado.	

FORMATO PARA EL INFORME DE LA AUDITORÍA INTERNA

Proceso Auditado:	Direccionamiento Estratégico – (DIE)	**Fecha**	15/02/2.022

1. Responsable del Proceso:	Gerencia y Grupo Directivo.
2. Equipo Auditor:	Asesor de Control Interno.
3. Objetivo:	Realizar la evaluación y seguimiento a los diferentes procesos, procedimientos, programas, proyectos y actividades de acuerdo con unas pautas establecidas en el Manual de Auditorías Internas, con el fin de asegurar la objetividad, transparencia, imparcialidad, eficacia y eficiencia de las mismas y así lograr un mejoramiento continuo en la Empresa Social del Estado Hospital San Juan de Dios de Concordia.
4. Alcance de la auditoria:	Revisar el proceso de direccionamiento estratégico como son Plan de Desarrollo, plan de gestión gerencial, plan operativo anual POA y comités durante el 01 de Enero al 31 de Diciembre de 2.021 y presentar el informe final de auditoría al comité de control interno.
5. Personal Entrevistado.	Gerente, Subgerentes y Jefes de dependencias.
6. Documentación analizada (criterios):	• Plan de Desarrollo institucional. • Plan Operativo Anual - POA. • Planes estratégicos. • Programación de comités. • Actas de los comités. • Acuerdos de junta de adopción de la planeación • Formato de producción.
7. Aspectos Favorables:	1. Se tienen los documentos con los siguientes planes: Plan de desarrollo, Plan operativo anual - POA, plan de vacantes, plan institucional de capacitación, plan estratégico de talento humano, Plan de trabajo del SG-SST, Plan de Previsión del Talento Humano, Plan institucional de archivo, programa de gestión documental, plan y mapa de riesgos anticorrupción, plan de auditorías internas, PAMEC, plan de adquisiciones, plan de mantenimiento y el Plan de acción de MIPG 2. Se cuenta con un proceso de direccionamiento estratégico caracterizado y que se está aplicando en el hospital. 3. Se cuenta con una programación de los diferentes comités y grupos primarios. 4. Se tuvo la mejor colaboración por parte de la gerencia y los jefes de dependencia con el asesor de control interno durante el proceso de auditoría interna. 5. Se conto con evidencias para sustentar la realización de las actividades programadas en el año de 2.021.

8. Informe de Hallazgos

8.1. Informe de Evaluación al Plan de Desarrollo Institucional y el Plan Operativo Anual- POA:

Objetivos:

- Evaluar todas las actividades relacionadas con el Plan de Desarrollo Institucional programadas para la vigencia del 2.021. Se evaluaron 5 líneas estratégicas, 24 objetivos y 457 actividades.
- Identificar los factores críticos de las líneas estratégicas, objetivos y actividades.
- Detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión, permitiendo establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento.

LINEAS ESTRATÉGICAS	% DE CUMPLIMIENTO
GESTIÓN FINANCIERA	113.46%
GESTIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS	78.02%
GESTIÓN DE PROCESOS	96.95%
GESTIÓN DEL DESARROLLO DE LAS PERSONAS	54.68%
GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	45.27%
CUMPLIMIENTO DEL PLAN	86.85%

Se evidencia que el cumplimiento del plan de desarrollo En la línea estratégica 01 y 03 es muy bueno, de una forma aceptable en la línea 02 y con un cumplimiento deficiente en las líneas 04 - 05. En general el cumplimiento total del plan está dentro del porcentaje esperado.

RANGOS	Nro. TOTAL DE ACTIVIDADES	% TOTAL DE ACTIVIDADES
NA	0	0.00%
0	135	29.54%
1- 50	77	16.55%
51 - 80	42	9.19%
81 - 99	19	4.16%
100 o mas	184	40.25%
TOTAL	457	100.00%

A continuación, presento un informe con las actividades por línea estratégica que no presentan cumplimiento con el fin de establecer los aspectos a mejorar para dar cumplimiento a la actividad:

Línea Estratégica 01 Gestión Financiera.		
Código	**Nombre de la Actividad**	**Observaciones.**
OB01 AC 05 - 06 - 07	Formular, implementar y evaluar planes de mejoramientos con base en el seguimiento semestral a la ejecución de los Planes Operativos Anuales de Actividades y al Plan de Desarrollo Institucional.	No se ha realizado la actividad.
OB01 AC10	Someter las modificaciones al Plan de Desarrollo Institucional al análisis y aprobación de la Junta Directiva.	No se presentan cambios fundamentales al Plan.

Código	Nombre de la Actividad	Observaciones.
OB01 AC13	Realizar seguimiento semestral a la ejecución del Plan de Gestión Gerencial.	Se evaluó hasta diciembre de 2020 con la circular 09.
OB01 AC 14 – 15 – 16 - 17	Retroalimentar los resultados de la evaluación a los responsables de los indicadores, para corregir las desviaciones observadas en la ejecución del Plan de Gestión Gerencial elaborar plan de mejora y hacer seguimiento.	Para este año no se está evaluando el plan de gestión gerencial.
OB01 AC18	Preparar los acuerdos de gestión a ser desarrollados por los gerentes públicos (Subgerente de Servicios de Salud y Subgerente Administrativo).	No se tienen los acuerdos.
OB01 AC19	Presentar los acuerdos de gestión a los gerentes públicos (Subgerente de Servicios de Salud y Subgerente Administrativa) y concertar compromisos de desempeño.	No se tienen los acuerdos.
OB01 AC20	Realizar seguimiento al cumplimiento de los compromisos de desempeño pactados con los gerentes públicos (Subgerente de Servicios de Salud y Subgerente Administrativa) y proponer los correctivos que sean necesarios.	No se tienen evaluaciones.
El Objetivo 02 - 03 Y 07 de la Línea estratégica 01 no presenta actividades sin realizar.		
OB04 AC17	Comprar equipos (Cifras expresadas en millones de pesos).	No se presenta ejecución.
OB04 AC18	Comprar material para Rayos X (Cifras expresadas en millones de pesos).	No se presenta ejecución.
OB05 AC01 a la AC06	Actualizar el sistema de costos el cual consta de 6 actividades.	No se han ejecutado.
OB 06 AC02	Generar los informes requeridos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y por la Secretaría Seccional de Salud para la suscripción del convenio de concurrencia	No se han ejecutado
OB 06 AC 03	Gestionar la suscripción del convenio de concurrencia con la nación y el departamento para cubrir el pasivo pensional y de cesantías de la Empresa Social del Estado anterior al año 1.994.	No se han Ejecutado.
OB08 AC05	Actualizar inventarios de bienes devolutivos (Activos Fijos).	No se ejecutó esta actividad.
OB08 AC06	Reglamentar mediante acto administrativo la política de uso y responsabilidad frente a los inventarios.	No se ha reunido el comité para realizar la actividad.
OB 09 AC 03	Realizar el seguimiento al reglamento del Comité de Conciliación y establecer planes de mejora.	No se reunió el comité
OB 09 AC 04	Elaboración y adopción, de una política pública de prevención del daño antijurídico de a ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia Antioquia.	No se ha ejecutado la actividad.
OB 09 AC 05	Socialización e implementación de una política pública de prevención del daño antijurídico de a ESE Hospital San Juan de Dios.	No se ha ejecutado
OB 09 AC 06	Seguimiento de una política pública de prevención del daño antijurídico de a ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia Antioquia.	No se ha ejecutado
OB 09 AC 07	Realizar Jornada de Capacitación al comité directivo y funcionarios sobre los lineamientos de la ANDJE y de MASC.	No se ha ejecutado
OB09 AC -10	Elaborar y actualizar los diferentes manuales, guías, protocolos y códigos relacionados con el Modelo Estándar de Control Interno y Calidad y presentarlos al Comité Directivo, para su aprobación: Estatuto de Personal.	No se ha ejecutado

OB09 AC -11	Elaborar y actualizar los diferentes manuales, guías, protocolos y códigos relacionados con el Modelo Estándar de Control Interno y Calidad y presentarlos al Comité Directivo, para su aprobación: Estatuto de Prestación de Servicios de Salud.	No se ha ejecutado
OB09 AC -12	Elaborar y actualizar los diferentes manuales, guías, protocolos y códigos relacionados con el Modelo Estándar de Control Interno y Calidad y presentarlos al Comité Directivo, para su aprobación: Acto administrativo de transformación del Hospital San Juan de Dios en Empresa Social del Estado.	No se ha ejecutado

Línea Estratégica 02 La Participación y Satisfacción de los Usuarios		
Código	**Nombre de la Actividad**	**Observaciones.**
OB 01 AC 07	Realizar seguimiento semestral a los planes de mejoramiento de satisfacción de los usuarios formulados en cada vigencia	No se realizó la actividad
OB 01 AC 08	Socializar, implementar y evaluar el proceso de PQRSDF	Se está implementando
OB 01 AC 11	Realizar la evaluación y seguimiento a los planes de mejoramiento del proceso caracterizado de las PQRSDF de la institución	No se ha realizado la actividad
OB 02 AC19	Elaborar los planes de mejoramiento de los hallazgos encontrados en el seguimiento a la Política de Participación Social en Salud - PPSS	No se tiene la evidencia del plan de mejora.
OB 02 AC20	Realizar el seguimiento a los planes de mejoramiento de la Política de Participación Social en Salud - PPSS	No se tiene evidencias de los planes.
OB 02 AC 23 a la AC 24	Realizar un inventario de los trámites que debe manejar el Hospital y montaje de los mismos en la plataforma SUIT.	Se tienen identificados los tramites.
Línea Estratégica 03 Gestión de Procesos		
OB 01 AC 10 a la AC15	Atención en salud por medicina general en el marco de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la primera infancia.	No se ha comenzado estas actividades.
OB 02 AC 11 , 15,17, 28 y 29	Realizar las reuniones de los comités, comisiones y grupos de trabajo institucionales: Comisión de Personal, de Conciliación, de Emergencias, de Control Interno Disciplinario, de Gestión Ambiental y Sanitaria y Directivo.	No se tienen las evidencias de estas reuniones de comité.
OB 02 AC 35 a 37, 39 y 41	Realizar reuniones por áreas funcionales: Celadores, Conductores, Servicios Generales, Auxiliares Administrativas, Salud Oral y Apoyo diagnóstico.	No se tienen las evidencias de estas reuniones.
OB 03 AC 01 -04	Realizar auditorías internas al proceso de gestión de residuos hospitalarios, planes de mejoramiento y seguimiento.	No se han realizado
OB 03 AC 05	Elaborar y actualizar los diferentes manuales, guías, protocolos y códigos relacionados con el Modelo Estándar de Control Interno y Calidad y presentarlos al Comité	Se están elaborando
OB 03 AC 11	Presentar informes de gestión al Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria (GAGAS) de la Empresa Social del Estado.	No se reunió el comité.

Línea Estratégica 03 Gestión de Procesos		
Código	**Nombre de la Actividad**	**Observaciones.**
OB04 AC04	Formular Planes de Mejoramiento para cerrar las brechas de calidad y/o los hallazgos, derivados de las auditorías realizadas.	No se tienen planes de mejoramiento.
OB04 AC05	Hacer seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento realizados, derivados de las auditorías internas realizadas en la Empresa Social del Estado.	No se ha ejecutado la actividad se reprograma para después de septiembre.
OB 05 AC 04 – 05 Y 06	Elaborar y Ejecutar las actividades contenidas en los planes de mejoramiento derivados de las auditorías (PAMEC) y realizar el seguimiento.	No se evidencian planes de mejoramiento.
OB 05 AC 11	Realizar seguimiento a la ejecución de los planes de mejoramiento formulados. Auditorias clínicas.	No se tienen planes de mejoramiento
OB 06 AC 18	Analizar los resultados obtenidos en la implementación de las acciones del Código Buen Gobierno	No se ha ejecutado
OB 06 AC 24	Implementar y evaluar la Política de Riesgos por procesos en la ESE Hospital San Juan de Dios del municipio de Concordia Antioquia. Realizar plan de mejora.	No se tienen planes de mejoramiento

Línea Estratégica 04 Gestión del Desarrollo de las Personas		
OB 01 AC 01	Establecer el presupuesto para del Plan Institucional de Capacitación - PIC para cada vigencia.	No se tiene presupuesto.
OB 02 AC 01	Formular, adoptar y publicar el Plan de Bienestar Social y Estímulos e Incentivos Laborales para cada vigencia.	No se ha realizado y tiene ejecuciones
OB 02 AC 03	Socializar el Plan Institucional de capacitación - PIC incluyendo una charla mensual sobre la humanización de la prestación de servicios.	No se tienen evidencias de la socialización.
OB 02 AC 04	Ejecutar las actividades contempladas en el Plan de Bienestar Social y Estímulos e Incentivos Laborales para cada vigencia.	No se tiene plan
OB 02 AC 05 a 09	Formular planes de mejoramientos con base en el seguimiento trimestral a la ejecución del Plan de Bienestar Social y Estímulos e Incentivos Laborales	No se han ejecutado
OB 03 AC 04	Elaborar los planes de mejoramiento de los hallazgos establecido en la evaluación de los planes estratégicos como son Plan de Vacantes, de previsión y PETH del talento	No se están realizando
OB 03 AC 05	Ejecutar las actividades programadas en los planes de mejoramiento de las evaluaciones a los planes estratégicos como son Plan de Vacantes, de previsión del talento humano PETH	No se evidencias planes de mejoramiento
OB 03 AC 14	Diseñar, aprobar, socializar , implementar y actualizar un programa para el manejo de las Historias laborales que nos permitan manejar la información de cada funcionario de la ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia.	No se ejecutó la actividad
OB 03 AC 15	Revisar las normas relacionadas con el manejo del recurso humano y mantener actualizado el normograma del proceso de gestión del talento humano - GET consultando además de forma periódica las paginas institucionales de DAFP, CNSC, ESAP, Presidencia entre otras para realizar las modificaciones de la Política Institucional.	No se ejecutó la actividad
OB 03 AC 16	Gestionar y actualizar ante la Comisión Nacional del Servicio Civil (CNSC) la convocatoria a concurso para suplir las vacantes definitivas de los empleos	No se ejecutó la actividad

	del Sistema General de Carrera Administrativa que se encuentran provistos en provisionalidad.	

Línea Estratégica 04 Gestión del Desarrollo de las Personas		
Código	**Nombre de la Actividad**	**Observaciones.**
OB 03 AC 16	Diseñar y adoptar un instrumento de evaluación del desempeño laboral de los empleados públicos vinculados en provisionalidad y en servicio social obligatorio y de los trabajadores oficiales.	No se ejecutó la actividad
OB 03 AC 18	Realizar evaluaciones de desempeño a los empleados públicos vinculados en provisionalidad y en servicio social obligatorio y a los trabajadores oficiales, según el instrumento adoptado por la Empresa Social del Estado.	No se realizó la evaluación.
OB 03 AC 20 a la AC 24	Realizar el diagnóstico para la intervención del clima laboral, con el apoyo de la Aseguradora de Riesgos Laborales (ARL).	No se ha realizado el diagnostico.
OB 03 AC 25	Realizar las actividades de la desvinculación asistida de los funcionarios de la ESE Hospital San Juan de Dios de Concordia.	No se está realizando.

Línea Estratégica 05 Gestión de la Infraestructura Física y Sistemas de Información		
Código	**Nombre de la Actividad**	**Observaciones.**
OB 01 AC 01 a la 19	Descargar las guías y la normatividad sobre la técnica de accesibilidad, el manejo de datos abiertos, manejo de redes, ejercicios de participación, sistemas de Información, de los servicios tecnológicos y estrategia de gobierno en línea que propone el DAFP.	No se han descargado las guías.
OB 02 AC 05 a la 08	Ejecutar las actividades programadas en los planes de mejoramiento establecidos en la evaluación del Programa de Gestión Documental - PDG y el Plan Institucional de Archivo - PINAR y hacer el seguimiento a las mismas.	No se han ejecutado.
OB 02 AC 14 Y 15	Aprobar, adoptar y socializar las Tablas de Retención Documental - TRD en el Hospital	No se han ejecutado
OB02 AC26	Realizar la eliminación de los documentos que cumplen su ciclo archivístico.	No se han ejecutado.
OB03 AC07	Presentar informes al Comité Directivo de la Empresa Social del Estado de la ejecución del Plan de Mantenimiento Preventivo y Correctivo.	No hay evidencias.

8.1.1. Conclusiones de los Planes de Desarrollo y el POA.

- Con respecto al nuevo plan de desarrollo institucional 2.020. – 2.024 no se tiene el acta de la junta para su aprobación. Se tiene el documento con el plan el cual fue socializado y publicado en la página web.
- El Plan Operativo Anual – POA se realizó un ajuste y se recomienda que sea socializado con los diferentes grupos primarios.
- Se esta evaluando de forma trimestral por parte de Control interno a través del Plan Operativo Anual – POA y los resultados son presentados en el comité institucional de gestión y desempeño y entregados en forma electrónica al gerente, subgerentes y jefes de dependencias.
- Al revisar las actividades del POA se observa que en algunas ocasiones y actividades no se tiene la evidencia.
- No se esta realizado plan de mejoramiento para las actividades que no se están ejecutando en el trimestre.

8.2. Informe de Seguimiento a los Planes Estratégicos:

Para el año 2.021 se realizó la evaluación a los siguientes planes estratégicos. Ver Anexo con el informe de evaluación de cada uno de los siguientes planes realizado por control Interno y que es socializado por los correos internos y en la página web:

8.3.

a) Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Adoptado Resolución No 037 enero 2.021.
b) Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo. Adoptado Resolución No 034 enero 2.021
c) Plan Estratégico de Talento Humano - PETH. Adoptado Resolución No 049 enero 2.021.
d) Plan Anual de Vacantes. Adoptado Resolución No 045 enero 2.021.
e) Plan Institucional de Capacitación - PIC. Adoptado Resolución No 029 enero 2.021.
f) Plan Anual de Adquisiciones. Adoptado Resolución No 026 enero 2.021.
g) Plan de Gestión Documental – PDG. Adoptado Resolución No 051 enero 2.021.
h) Plan de previsión del talento humano. Adoptado por la Resolución No 054 febrero de 2021
i) Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR. Adoptado Resolución No 052 enero 2.021.
j) Plan anual de auditorías internas. Adoptado Resolución No 028 enero 2.021.
k) PAMEC Adoptado Resolución No 036 enero 2.021.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS PLANES ESTRATEGICOS DEL 2.021

Nombre de Plan	Actividad Cumplida Total y Parcial	%	Actividad No cumplida	%	Actividad Pendiente	%	Total Activid
Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	39	72%	15	28%	0	0%	54
Plan Anual de Adquisiciones	18	90%	2	10%	0	0%	20
Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	22	88%	3	12%	0	0%	25
Plan Estratégico de Talento Humano – PETH	41	64%	21	33%	2	3$	64
Plan Anual de Vacantes	8	100%	0	0%	0	0%	8
Plan Institucional de Capacitación – PIC	17	42.5%	16	40%	7	17.5%	40
Plan de Bienestar social e Incentivos.	Se evidencia un cumplimiento de actividades del 51%						
Plan de previsión del talento humano	Se dio el cumplimiento del 100% del plan						
Plan de Gestión Documental – PDG.	37	82%	8	18%	0	0%	45
Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR	10	83%	2	17%	0	0%	12
Plan de comunicación e información PETI	No se dio cumplimiento a este plan. No se evidencia actividades para evaluar en el 2021						
Plan de la Política de Participación Social en Salud - PPSS	18	75%	6	25%	0	0%	24
Plan anual de auditorías internas	45	73%	17		0	0%	62

8.3.1. Conclusiones de los Planes Estratégicos:

- Están pendientes de realizar los planes estratégicos de Bienestar social e incentivos, plan estratégico de Comunicación, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de riesgos de Información.
- El Plan institucional de capacitación no presenta disponibilidad de recursos financieros.
- El Plan del SG-SST tiene una partida presupuestal pero no está discriminado como dice el decreto 1072 de 2.015.
- En el plan institucional de capacitación se tienen capacitaciones sin definir las fechas para su ejecución Se realizó en el último trimestre una actualización y ajuste.
- No se evidencia planes de mejoramiento para las evaluaciones de los siguientes planes: el POA, el Plan estratégico del talento humano y el PDG.
- A los planes de mejoramiento elaborado por el líder del proceso se recomienda que se realice el seguimiento en el comité de control interno.
- Se recomienda que se realice una mayor socialización de los planes estratégicos.

8.4. Informe de Seguimiento a los Comités institucionales:

CUADRO DE SEGUIMIENTO A LOS COMITES DEL 2.021

Nro	COMITÉ	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	Comisión de personal		25	31	29	27	24	29	26	30	28	25	30
2	Comité coordinador de control interno			10			9			8	28	24	15
3	Comité de archivos		3	24		10				8			
4	Comité de compras		26	24	28	26	23	28	25	29	27	24	15
5	Comité de conciliación			12			9			8			9
6	Comité de convivencia laboral							26	10/11			18	2
7	Comité de emergencias y covid		26	18				15				18	
8	Comité de ética	28	26	30	30	28	25	30	27	16	29	26	17
9	Comité de farmacia y tecnovigilancia			19		21	30	28	25	28		19	
10	Comité de glosas			31	28	25	30		25		27		15
11	Comité de historias clínicas		26	26	30	28	25	30	28	24	29	26	17
12	Comité de promoción y prevención		23	24		11		28		29	26	24	
13	Comité de sostenibilidad contable			19	16	21		16		17		19	
14	Comité de vigilancia epidemiológica	29	26	26	30	28	30	28	27	24	29	26	17
15	Comité directivo			25		27	24		26		28		16
16	Comité institucional de gestión y desempeño	5		19		28	29	16		29		19	
17	Comité paritario de seguridad y salud en el trabajo	28	16	23		3	3	22		22	21		14
18	Grupo de control interno disciplinario			25	22	20	17	15	19	16	14	18	9
19	Grupo de gestión sanitaria y ambiental			30		11	22	13	10		12		7
20	Grupo primario de calidad	26	23	23	27	25	29	27	31	29	26	29/30	16
	Total de reuniones programadas 72	5	10	19	9	16	15	15	13	15	13	15	14
	Total reuniones realizadas 31	5	5	5	3	7	7	6	5	7	5	7	4

No se realizó el comité | Comité realizado en la fecha propuesta | Comité realizado en otra fecha
Comité extraordinario | No se presentó el acta

Son 20 comités establecidos en el Hospital y solo se reunieron 14 que equivale al 70%. Presentando el siguiente resultado:

Actividades	Cant	% Cumpl
Cumplidas	119	77%
Pendientes	3	2%
Incumplidas	32	21%
TOTAL ACT.	**154**	**100%**

8.4.1. Conclusiones de los Comités:

- No se presentaron planes de mejoramiento de las reuniones de los distintos comités.
- En los formatos se tiene un cuadro con los hallazgos, las actividades a realizar, fecha, responsable y observaciones el cual sirve para realizar el seguimiento.
- El Manual de organización y funcionamiento de los comités es del 2.016 y no ha sido actualizado.
- La oficina de control Interno recomienda que se debe realizar una revisión por parte del área jurídica a las diferentes resoluciones de adopción de los diferentes comités con el fin de actualizarlos a los diferentes cambios de la norma.
- Se observan falencias de los deferentes secretarios de los comités para elaborar los diferentes planes de mejoramiento y en las actas.

Recomendaciones:

1. Se debe elaborar los Planes de Bienestar social e incentivos y el formato con las actividades a realizar, también los planes estratégicos de comunicación e información, Plan de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de riesgos de Información y los formatos con las actividades.
2. Se debe reprogramar las actividades del Plan Institucional de Capacitación para el 2.021.
3. Se recomienda dar cumplimiento a las reuniones de los diferentes comités y levantar las respectivas actas y planes de mejoramiento.
4. Se recomienda realizar los Acuerdos de Gestión con los subgerentes y evaluarlos.
5. Socializar en los grupos primarios los diferentes planes estratégicos.

9. Conclusión General:	Se debe dar cumplimiento a los planes de mejoramiento que se elaboran de acuerdo a los hallazgos encontrados en la evaluación de la oficina de control interno

Firma de Auditor

Firma de Auditado