



Anexo: Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno

Fecha de Elaboración: Marzo de 2019

COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL (P)

Conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección de las organizaciones con el fin de implementar y fortalecer su Sistema de Control Interno.

DIMENSIÓN	LÍNEA DE DEFENSA	REQUERIMIENTOS	EVALUACIÓN JOCI Nov 2018 - Marzo 2019	EVIDENCIAS
	ESTRATÉGICO (Direccionamiento) PA	<ol style="list-style-type: none">1. Autodiagnóstico de políticas y formular el plan de mejoramiento.2. Definir Política de Gestión Estratégica del Talento Humano e Integridad.3. Definir los planes anuales de vacantes, previsión de recursos, plan de trabajo de SST, incentivos y capacitaciones.4. Manual de funciones responsabilidades y autoridades.5. Analizar resultados del desempeño del personal para tomar acciones de mejora.	<ol style="list-style-type: none">1. Se evidencia diagnóstico de la política, con resultado de 44,3 puntos y en estructuración de un plan de mejoramiento. Referente al autodiagnóstico de la dimensión 7 del componente ambiente de control arroja una calificación del 60,8.2. Se cuenta con código de ética, el cual se debe ajustar a los lineamientos del código de integridad.3. Se cuenta con plan estratégico F-GH-46, versión 01, correspondiente a la vigencia 2019, este contiene Plan de previsión de recursos, plan anual de vacantes, plan de capacitaciones, SST, entre otros.4. Se evidencia manual de funciones y responsabilidades publicado en el SIFI en el proceso de gestión del talento humano. Evaluar la pertinencia de realizar una retroalimentación de este manual a todo el personal de la entidad con el propósito de que éstos tengan las claridades de sus compromisos.	<ol style="list-style-type: none">1. Autodiagnóstico gestión estratégica del talento humano, enviado por la subdirección de planeación.2. Resolución 288 de 2010. Por el cual se adopta el código de ética del ISVIMED y la Resolución 237 de 2010 por la cual se adopta la política pública de transparencia administrativa y probidad en el ISVIMED.3. Plan estratégico del talento humano se encuentra publicado en la página web institucional en el módulo de transparencia.4. Manual específico de funciones y competencia laborales M-GH- 02, versión 4. publicado en SIFI.

Dimensión Talento Humano	<p>PRIMERA (Autocontrol) H</p>	<p>1. Aplicar las Políticas de TH. 2. Desarrollar Planes institucionales de TH. 3. Dar cumplimiento al Manual de Funciones y competencias laborales.</p>	<p>1. Socialización del Código de ética de la entidad al personal en inducciones; evaluar en la necesidad de realizar o definir una estrategia de apropiación de la política de integridad, con el objetivo de crear cultura de los valores.</p> <p>2. Se observó los siguientes Planes de talento humano: Estratégico, vacantes, SST, capacitaciones, bienestar. Estos están documentados y cuentan con su respectivo acto administrativo.</p> <p>3. El líder del proceso valida el cumplimiento de las funciones a través de la evaluación del desempeño, y a los contratistas se les realiza mediante cuenta de cobro mensual la validación de cumplimiento de actividades, así como mediante la evaluación a proveedores la cual se realiza de manera semestral.</p> <p>4. Se evidencia ejecución de la charla virtual de inducción del MIPG por parte de los servidores (Inducción: 78 servidores, 7 módulos: 51 servidores)</p>	<p>1. Registros de inducciones y reintucción, presentación de inducción. 2. Los planes se encuentran publicados en pagina web institucional en la siguiente dirección http://isvimed.gov.co/transparencia/planeacion-gestion-y-control .</p> <p>Plan de seguridad y privacidad de la información CÓDIGO PL-GT-05 del 21/01/2019, versión 02. Plan estratégico de talento humano CÓDIGO: F-GH-46 del 21/01/2019, versión 01. Plan de previsión de recursos humanos publicado el 31/01/2019. Plan anual de vacantes código: F-GH-26 del 21/01/2019, versión 01. Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información código: PL-GT-04; de fecha 21/01/2019, Versión 02. Plan de bienestar, código: F-GH-01 del 22/01/2019, versión 04 Plan estratégico de tecnologías de la información, código: PL-GT-03 del 21/01/2019, versión 02. Plan de trabajo anual seguridad y salud en el trabajo código: F-GH-50 del 17/01/2019, versión 03. Plan de capacitación código: F-GH-12 del 27/01/2019, versión 06. Plan institucional de archivos pinar 2018-2020 código: P-GD-01 del 28/01/2019, versión 02. Formulación del Plan de acción 2019, publicado en pagina web institucional el 31/01/2019.</p> <p>3. Contamos con una campaña institucional "Enamórate del ISVIMED", donde se comparten los valores y principios institucionales (boletín). 4. Los planes de talento humano se encuentran soportados mediante acto administrativo, cuya custodia la ejerce la profesional de GTH. 5. Evaluación de proveedores que se encuentra soportada en la carpeta de los contratistas y se cuenta con indicador que consolida los resultados. 6. Certificados de inducción MIPG otorgados por el DAFP.</p>
	<p>SEGUNDA (Autoevaluación) V</p>	<p>1. Verificar el cumplimiento de la política. 2. Verificar el cumplimiento de los planes. 3. Seguimiento desempeño de personal 4. Seguimiento rotación del personal 5. Seguimiento desde el Control disciplinario. 6. Medición y análisis de los indicadores del proceso.</p>	<p>1. Se evidencia evaluación de desempeño y acuerdos de gestión de los gerentes con corte a 31 de diciembre de 2018.</p> <p>2. Se evidencia que la planta de cargo a tenido rotación en los cargos directivos y en la planta globalizada; es necesario realizar un análisis de los motivos y causas para que se tomen acciones para minimizar los efectos que estos conllevan.</p> <p>3. El Control disciplinario está a cargo de la Subdirección Jurídica, es importante analizar o definir una estructura metodológica para que se establezcan los seguimientos y controles sobre las posibles situaciones que lleven a incumplimientos del código de integridad o sobre posibles situaciones de fraude o corrupción.</p> <p>4. Se cuenta con los indicadores los cuales se encuentran en el SMO.</p>	<p>1. Registros de evaluación y acuerdos de gestión de la vigencia 2018.</p> <p>2. En el SMO se tienen establecidos los indicadores que permiten medir los planes, evidenciándose 20 indicadores en el proceso de Gestión del TH.</p>
	<p>TERCERA (Evaluación independiente) V</p>	<p>1. Evaluación código de integridad y planes de talento humano.</p>	<p>1. Se tuvo en cuenta para la evaluación a la gestión por dependencias establecido en la Ley 909 de 2004, las evaluaciones de desempeño realizadas a los servidores del instituto y los seguimientos realizados a los acuerdos de gestión que fueron concertados y formalizados.</p> <p>Se recomienda que se le realice un seguimiento a la gestión realizada por el responsable del control disciplinario interno.</p> <p>2. Los planes de Gestión del TH, se les evaluó mediante el pormenorizado, su implementación y resultados de los indicadores asociados al cumplimiento de estos.</p>	<p>1. Informe de Ley comunicado mediante memorando 200-014 del 8 de febrero de 2019, y el informe Pormenorizado de control interno comunicado mediante memorando 200-072 de diciembre de 2018.</p>

Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación	ESTRATÉGICO (Direccionamiento) PA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autodiagnóstico de políticas y formular el plan de mejoramiento. 2. Constituir la institucionalidad: Comité Institucional de gestión y desempeño y comité Institucional de coordinación de control interno. 3. Definir Políticas estratégicas. 4. Definir y monitorear los planes institucionales: PDM, PEI, PI, PA, POAI, PAC, PAA y PAAC. 5. Análisis de los informes (financieros, contables, resultados en la gestión, contratación, ejecución presupuestal, talento humano). 6. Definir y monitorear indicadores de políticas, planes y procesos. 7. Formular y adoptar los planes de mejoramiento. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se evidencia diagnóstico de la política estratégica, con resultado de 72,4 y de la política de gestión presupuestal con un resultado de 97,2; los que se encuentra en estructuración los planes de mejoramiento. 2. Mediante la Resolución No. 0186 de 2018 se establecieron los comités institucionales de: Gestión y desempeño y Coordinación de control interno. Resolución N°101 de 2019 Por la cual se modifica el artículo décimo de la Resolución N° 186 del 5 de marzo del 2018. 3. Planeación Institucional: Se cuenta con el manual de calidad M-GE-01 el cual establece la misión, visión, objetivos y estructura organizacional. Se cuenta con el plan estratégico el cual está enmarcado desde el Plan de Acción y el plan indicativo, su medición se realiza a través de los indicadores formulados en el módulo SMO. El instituto cuenta con la política integral de riesgos adoptada bajo la resolución No. 697 de agosto de 2018. La entidad adoptó el PAAC vigencia 2019, con sus respectivas políticas, el cual se encuentra publicado en la página web y en el sistema de información institucional SIFI. 4. Gestión presupuestal y seguimiento del gasto público: el instituto cuenta con un PAC y el PAA, este último se encuentra publicado en SECOP y en página institucional. 5. El monitoreo de las políticas, planes e informes se realizan durante la ejecución de los comités. 6. Se elaboran los planes de mejoramiento por parte de los líderes, los cuales se concertan y avalan por la dirección. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resolución No. 186 de 2018 y actas del comité. Resolución N°101 de 2019 2. Manual de calidad M-GE-01. 3. Plan de Acción PA vigencia 2019 y Plan Indicativo Cuatrianual PI. 4. Plan mensualizado de caja PAC. 5. Plan anticorrupción y de atención al ciudadano - PAAC vigencia 2019. 6. Plan anual de adquisiciones - PAA vigencia 2019. 7. Planes de mejoramientos de auditorías vigencia 2018. 8. Autodiagnóstico de la política suministrado por la subdirección de planeación.
	PRIMERA (Autocontrol) H	<ol style="list-style-type: none"> 1. Participar en la Institucionalidad. 2. Aplicar plan de acción institucional y lineamientos institucionales. 	<p>Se evidencia la participación en los diferentes comités institucionales los cuales evidencian en cada acta.</p> <p>Cada subdirección realiza las gestiones técnicas, jurídicas y financieras para el cumplimiento de metas que apuntan a los objetivos institucionales.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actas con sus registros de asistencias. 2. Reposte de indicadores y anexos que reposan en el SMO.
	SEGUNDA (Autoevaluación) V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informes de la gestión y seguimiento de los Planes de acción e indicativo. 2. Seguimiento a las políticas. 3. Medición y Análisis de los indicadores. 4. Verificar el cumplimiento de los compromisos pactados en el comité. 	<p>La subdirección de planeación realiza el seguimiento al cumplimiento de las metas basadas en los reportes del SMO y adicional presenta el informe al comité institucional de gestión y desempeño.</p> <p>En cada comité se realiza el seguimiento a los compromisos asumidos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Actas del comité de gestión y desempeño y plan de acción e indicativo con corte a 31 de diciembre de 2018.
	TERCERA (Evaluación independiente) V	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluación del direccionamiento estratégico. 	<p>El seguimiento de la planeación estratégica se realizó a través de las auditorías de Ley, como lo son: Evaluación a la gestión por dependencias; el de austeridad en el gasto del cuarto trimestre y el seguimiento al Plan anticorrupción y de atención al ciudadano.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informe de Gestión por dependencia, memorando 200-014. 2. Seguimiento a la publicación del PAAC, Memorando 200-012. 3. Informe de Ley Austeridad en el Gasto cuarto trimestre, comunicado mediante memorando 200-013 del 8 de febrero de 2019.

COMPONENTE EVALUACIÓN DE RIESGOS (P)

Proceso dinámico e interactivo que le permite a la entidad identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

DIMENSIÓN	LÍNEA DE DEFENSA	REQUERIMIENTOS	EVALUACIÓN JOCI Nov 2018 - Marzo 2019	EVIDENCIAS
	ESTRATÉGICO (Direccionamiento) PA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autodiagnóstico de política y formulación de plan de mejoramiento. 2. Política Integral de Riesgo. 	<p>El autodiagnóstico de la dimensión 7 del componente gestión del riesgo arrojó una calificación del 58,7.</p> <p>Se formuló y adoptó la Política integral de riesgos en el instituto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autodiagnóstico de la política de control interno compartido por la subdirección de planeación. 2. Resolución No. 697 del 02 de agosto de 2018 de la política de riesgos.

Dimensión Direccionamiento o Estratégico y Planeación	<p>PRIMERA (Autocontrol) H</p>	<p>1. Mapa de riesgos para cada uno de los doce procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad. 2. Mapa de riesgos de corrupción.</p>	<p>Identifican y realizan seguimiento a los riesgos documentados en la matriz, a estos riesgos identificados se les debe establecer los controles con que se cuenta en la entidad para controlar y mitigar los riesgos. Actividad que realizan acompañados de la asesoría de la subdirección de planeación.</p>	<p>En el SIFI se encuentra la matriz de riesgos por procesos en el cual se plasmó sus respectivos seguimientos, con corte al 31 de diciembre de 2018.</p>
	<p>SEGUNDA (Autoevaluación) V</p>	<p>1. Seguimiento y control realizado al mapa de riesgos para cada uno de los doce procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad. 2. El seguimiento a los riesgos de Corrupción.</p>	<p>1. Se monitorearon y se les realizó un seguimiento a los riesgos, el cual se realizó con corte a 31 de diciembre de 2018 a los riesgos identificados por cada uno de los procesos acompañado de los líderes y enlaces de calidad. 2. La subdirección de planeación registró el seguimiento a los riesgos identificados en la matriz de corrupción el cual es un anexo del PAAC. Evaluar la pertinencia de presentar informes al comité coordinador de control interno, sobre el estado y las gestiones realizadas a los riesgos de los procesos y del PAAC, para con estos resultados tomar acciones. Analizar la metodología de gestión del riesgo en cuanto a reportar al comité coordinador de control interno la materialización de los riesgos para la toma de decisiones correspondientes.</p>	<p>En el mes de enero se diligenció el seguimiento realizado por la subdirección de Planeación a los riesgos de los procesos, con los líderes y enlaces de calidad. El cual se evidencia en la matriz de riesgos de cada proceso identificada con el código F-GM-29. Se realizó seguimiento al PAAC el cual se encuentra publicado en la página web institucional, con corte al 31 de diciembre de 2018.</p>
	<p>TERCERA (Evaluación independiente) V</p>	<p>1. Evaluar el cumplimiento de la gestión del riesgo.</p>	<p>Realizó auditorías de Ley y de riesgos, en los cual se analizaron los controles establecidos en la matriz de riesgos; adicional se identificaron nuevos riesgos que fueron reportados a la dirección y líderes de procesos para que fueran tenidos en cuenta en la actualización de la matriz de riesgos.</p>	<p>La JOCI realizó durante el cuatrimestre a evaluar los siguientes informes los cuales fueron comunicados mediante memorandos, así: *Informe Austeridad en gasto tercer trimestre de 2018, memorando 200-070. *Informe Pormenorizado de Control Interno, memorando 200-072. *Informe de seguimiento a CHIP, memorando 200-075. *Informe a los contratos publicados en plataforma SECOP, memorando - 200-077. *Informe PAAC, Memorando 200-079. *Auditoría de riesgos de las T.I., Memorando 200-002. *Informe de seguimiento a los PMI y PMUCGM; comunicados con memorandos 200-009 y 200-010. *Seguimiento a la publicación del PAAC, memorando 200-012. Austeridad en el Gasto cuarto trimestre, memorando 200-013. *Informe de Gestión por dependencia, memorando 200-014. *Informe de Acreencia segundo semestre del 2018, memorando 200-016.</p>

COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL (H)

Acciones determinadas por la entidad, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.

DIMENSIÓN	LÍNEA DE DEFENSA	REQUERIMIENTOS	EVALUACIÓN JOCI Nov 2018 - Marzo 2019	EVIDENCIAS
Dimensión Gestión con Valores para el Resultado	<p align="center">ESTRATÉGICO (Direccionamiento) PA</p>	<p>1. Autodiagnóstico de las políticas de Defensa Jurídica, Gobierno Digital, Participación ciudadana y servicio al ciudadano.</p> <p>2. Dar línea para la formulación de metodologías del flujo del proceso con su respectivo monitoreo y control.</p>	<p>1. Los autodiagnósticos arrojaron los siguientes resultados, para la política de defensa judicial el resultado fue de 37 puntos; El de gobierno digital el resultado alcanzado fue de 28,6 puntos. El de participación ciudadana el resultado fue de 10,3; y por último el de servicio al ciudadano su resultado fue del 62,8. Cada una de esta esta en proceso de estructuración del plan de mejoramiento. Es importante priorizar las políticas que se encuentran con puntajes por debajo de 50 puntos y crear estrategias de mejoramiento.</p> <p>Adicional desde el autodiagnóstico de la dimension de control interno en el componente de actividades de control se obtuvo una calificación del 41.8 puntos.</p> <p>2. A través del sistema de gestión de la calidad se encuentran documentada los métodos de trabajo. Mediante los diferentes comités institucionales se dan las directrices de operación de los procesos y se establecen los responsables de la aplicación.</p> <p>3. La alta dirección realiza un monitoreo a través de los comité institucionales a la Gestión de la entidad.</p> <p>4. Se cuenta con un procedimiento para la atención de las PQRSD.</p>	<p>1. Autodiagnósticos realizados por líderes en asocio de la profesional de planeación.</p> <p>2. Resolución 135 del 16 de febrero del 2018, "Por medio de la cual se modifica la denominación y la estructura del comité directivo y se incluyen nuevas funciones, enmarcada desde el plan anticorrupción y de atención al ciudadano vigencia 2019.</p> <p>2. Documentación SIFI.</p> <p>3. Actas del comité.</p> <p>4. P-GA-02 - Procedimiento para gestionar las peticiones interpuestas por las partes interesadas.</p>
	<p align="center">PRIMERA (Autocontrol) H</p>	<p>1. Definir y aplicar los manuales, procedimientos e instructivos de la operación propios de cada proceso.</p> <p>2. Hacer seguimiento a las metas propias de los procesos, planes, proyectos y programas, e informar mediante la consolidación de los indicadores o informes de gestión.</p>	<p>1. La documentación la definen y estandarizan en el sistema de gestión.</p> <p>2. Medición de indicadores en SMO el cual cuenta con su respectivo análisis y soportes.</p>	<p>SIFI: módulo de calidad y módulo SMO indicadores por proceso.</p>
	<p align="center">SEGUNDA (Autoevaluación) V</p>	<p>1. Monitorear el cumplimiento de las metas planeadas en el Plan de acción de la vigencia 2018.</p> <p>2. Monitoreo a los controles definidos en la matriz de riesgos y los procedimientos.</p> <p>3. Realizar la revisión documental de cada proceso.</p>	<p>1. Se realizaron los seguimientos a las metas del plan de desarrollo, por medio del plan de acción y plan indicativo, así como a los indicadores de cada proceso; información que es socializada en el comité de gestión y desempeño.</p> <p>2. El seguimiento a las políticas se realiza a través de la definición y control a los planes institucionales. Es necesario que los resultados de éstos sean reportados junto con el plan de acción.</p> <p>3. En cada auditoría de calidad se realiza la validación de la aplicación de los manuales, procedimientos y formatos documentados en el SIFI.</p>	<p>1. Seguimiento al Plan de acción elaborado por la subdirección de planeación y publicado en página web institucional.</p> <p>2. Registros de auditoría de calidad.</p>
	<p align="center">TERCERA (Evaluación independiente) V</p>	<p>1. Validación de la aplicación de los documentos (Controles).</p>	<p>En cada auditoría se realiza la validación de la aplicación de los manuales, procedimientos y formatos documentados en el SIFI.</p>	<p>Informes de auditoría de conformidad con el Plan anual de auditorías de la JOCI.</p>

COMPONENTE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (V)

La información sirve como base para conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas.

DIMENSIÓN	LÍNEA DE DEFENSA	REQUERIMIENTOS	EVALUACIÓN JOCI Nov 2018 - Marzo 2019	EVIDENCIAS
Dimensión Información y Comunicación	<p align="center">ESTRATÉGICO (Direccionamiento) PA</p>	<ol style="list-style-type: none"> Autodiagnóstico de la política. Adopción de la Política de transparencia y acceso a la información pública y lucha contra la corrupción; Política de Gestión Documental. Rendición de la cuenta. Definir los Planes del decreto 612 de 2018. Definir los mecanismos de comunicación internos y externos. 	<p>El resultado que arrojó el autodiagnóstico sobre la política de transparencias y acceso a la información obtuvo un puntaje de 70,6; Y la de Gestión documental arrojó un puntaje de 62,9.</p> <p>Adicional desde el autodiagnóstico de la dimensión de control interno en el componente de información y comunicaciones se obtuvo una calificación del 71.5 puntos.</p> <p>Se adoptaron las políticas mediante las resoluciones 070 de 2017 y resolución 1420 de 2017.</p> <p>Se cuenta con un procedimiento e instructivo para la rendición de la cuenta, en la pestaña de transparencia de la página web institucional se evidenció el cargue de la rendición de la cuenta de la vigencia 2018, así como la información requerida a publicar.</p> <p>Se evidencia establecido, aprobado y publicado el PINAR con vigencia del 2019 y los programas de Gestión documental, los cuales se encuentra en página web institucional pestaña de transparencia/normatividad y políticas/SGD.</p> <p>El área de comunicaciones cuenta con el Plan de comunicaciones, donde definen las estrategias comunicacionales.</p>	<p>La Resolución 00070 de 2017 por medio de la cual se adopta la Política Institucional de transparencia y lucha contra la corrupción, enmarcado desde el PAAC vigencia 2019.</p> <p>Resolución 1421 de 2017, por la cual se adopta la política de transparencia y acceso a la información pública.</p> <p>M-GJ-02 - manual de políticas y procedimientos para la protección de datos personales.</p> <p>P-GE-08 - procedimiento para la rendición de la cuenta ante la contraloría general de Medellín.</p> <p>I-GC-06 - Instructivo para rendición de cuentas.</p> <p>PL-GC-01 plan de comunicaciones 2016-2019.</p> <p>PL-GD-01 - Plan institucional de archivos-PINAR</p> <p>PL-GD-02 - Plan de conservación de documentos</p>
	<p align="center">PRIMERA (Autocontrol) H</p>	<p>Implementación de los mecanismos de comunicación y seguridad de la información.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Se cuenta con la aplicación de los buzones de comunicación, se da utilización a los elementos para la formulación de PQRSD, se le brinda información a los usuarios internos y externos a través de los medios de comunicación, redes sociales y plataformas tecnológicas. Se cuenta con el espacio "conversemos con la directora" en donde se informan diferentes temas institucionales. Se cuenta con el proceso de gestión documental dentro del Sistema de Gestión, el cual se encuentra publicado en la SIFI para fácil consulta de todo el personal. Se elaboró el documento de rendición de la cuenta de la vigencia 2018, el cual se encuentra publicado en página web y adicional se compartió a todos los servidores públicos a través de los boletines internos. 	<ol style="list-style-type: none"> Boletines, carteleras, página institucional y medios de comunicación televisivos y radiales. Se cuenta con página web institucional, tal como lo dispone la Ley 1474 de 2011 donde se publica información de la entidad y se tiene habilitado el buzón de "Contáctenos" para que los usuarios puedan enviar sus peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD). Se da aplicación a las TRD y los lineamientos establecidos desde el proceso de gestión documental.

<p>SEGUNDA (Autoevaluación) V</p>	<p>Análisis y monitoreo de la información que sea capturada por los diferentes procesos de la entidad.</p>	<p>1. Los resultados de los indicadores son presentados por la subdirección de planeación en el Comité de Gestión y desempeño, indicadores que apuntan a plan de desarrollo al igual que la gestión presupuestal que socializa la subdirección administrativa y financiera.</p> <p>2. Tener en cuenta en este comité debe analizar los demás indicadores que apunta a la medición de los objetivos de los procesos y políticas, ya que estos apuntan transversalmente al cumplimiento de las metas institucionales.</p> <p>3. Validar los requerimientos mínimos que define la Ley 1712 de 2014 para la publicación de la información en la página web.</p> <p>4. Evaluar en generar informes sobre la gestión de la comunicación y la información del instituto, que desde su análisis genere toma de decisiones. (correspondencia, requerimientos usuarios, PQRSD)</p>	<p>Actas del Comité institucional de gestión y desempeño.</p>
<p>TERCERA (Evaluación independiente) V</p>	<p>Validar el cumplimiento d la gestión de información y comunicaciones.</p>	<p>Se realizó la auditoría programada para la vigencia 2018, del proceso de gestión documental, CHIP, PQRSD. De igual forma en cada uno de los informes de ley se revisa los expedientes que se les de aplicación a las TRD.</p>	<p>Auditoría de gestión documental que se comunicó mediante memorando 200-068</p> <p>Informe de auditoría de la información contable CHIP, memorando 200-075.</p> <p>Informe de auditoría PQRSD, memorando 200-063.</p> <p>Validación de la rendición de la cuenta en la plataforma de Gestión transparente.</p>

COMPONENTE ACTIVIDADES DE MONITOREO (V)

Busca que la entidad haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles, esto se puede llevar a cabo a partir de dos tipos de evaluación: concurrente o autoevaluación y evaluación independiente.

DIMENSIÓN	LÍNEA DE DEFENSA	REQUERIMIENTOS	EVALUACIÓN JOCI Nov 2018 - Marzo 2019	EVIDENCIAS
<p>Dimensión Evaluación de</p>	<p>ESTRATÉGICO (Direccionamiento) PA</p>	<p>1. Autodiagnóstico de la política.</p> <p>2. Adopción de la Política Seguimiento y evaluación del desempeño institucional.</p> <p>3. Adopción y aprobación del plan anual de auditorías de la vigencia 2019.</p> <p>4. Seguimiento y monitoreo a las acciones formuladas en los planes de mejoramiento.</p>	<p>El resultado que arrojó el autodiagnóstico sobre la política de evaluación del desempeño fue un puntaje de 64,4. De igual manera desde el autodiagnóstico de la dimension de control interno en el componente de información y comunicaciones se obtuvo una calificación del 77.8 puntos. y se encuentra en proceso de estructuración del plan de mejoramiento d éstas políticas.</p> <p>En Acta No. 8 de del 19 de diciembre de 2018, se realizó la presentación del plan anual de auditoria para su posterior aprobación por los integrantes del comité coordinador de control interno el cual fue aprobado y se pasó para una posterior aprobación del consejo directivo.</p> <p>Desde el comité de coordinador de control interno se le realiza monitoreo y seguimiento a los Planes de mejoramiento formulados y adoptados por la entidad</p>	<p>Plan anual de auditoría aprobado para la vigencia 2019.</p> <p>Actas de comité institucional de coordinación control interno.</p>
	<p>PRIMERA (Autocontrol) H</p>	<p>1. Aplicar la Política.</p> <p>2. Participar en la ejecución de las auditorias.</p> <p>3. Formular y adoptar los planes de mejoramiento.</p>	<p>Referente a esta política se cuenta con los reportes de los indicadores que se encuentran formulados en el SMO.</p> <p>Participan activamente en la entrega de requerimientos, como consultas, entrevistas y suministro de evidencias que son necesarias para llevar a cabo la auditoría.</p> <p>Formulan planes de mejoramiento derivados de las auditorías.</p>	<p>Formulación y adopción de planes de mejoramiento de las auditorias derivadas de las auditorías de la vigencia 2018, bajo la responsabilidad de la subdirección Administrativa y Financiera y la subdirección Jurídica.</p>

Resultados	<p>SEGUNDA (Autoevaluación) V</p>	<p>Monitoreo a la ejecución de las auditorías.</p> <p>Monitoreo al cumplimiento de la política.</p> <p>Monitorio a las acciones de mejora formulados en los procesos de acuerdo a las auditorías internas y externas que se le adelanta a la entidad</p>	<p>La JOCI presenta los avances y resultados de las auditorías programadas como de los seguimientos y avances de los planes de mejoramiento al Comité Coordinador de Control Interno.</p> <p>Se han realizado por parte de los enlaces de calidad y la lider del SGC, seguimientos a las acciones de mejoramiento correctivas y preventivas formuladas por cada responsable.</p> <p>Se evidencio seguimiento a las actividades a desarrollar en el plan MECI, por la subdirección de planeación con corte a diciembre de 2018.</p>	<p>Actas del comité.</p> <p>Documentos del S.G que reposan en el SIFI (sistema de información Institucional) módulo SMO y Calidad. Para las acciones de calidad.</p> <p>Plan MECI cuenta con su seguimiento a corte 31 de diciembre el cual fue enviado por correo electrónico a la Dirección y equipo directivo, documento que fue publicado en http://isvimed.gov.co/transparencia/planeacion-gestion-y-control/meci/.</p>
	<p>TERCERA (Evaluación independiente) V</p>	<p>Validar el cumplimiento de la política, a través del plan anual de auditoria aprobado para la vigencia 2018 y 2019.</p>	<p>Se realizan las auditorias de conformidad con los procedimientos adoptados.</p> <p>A través de las auditorias de Ley se realizaron los controles establecidos para la mitigar los riesgos identificados, así como la verificación de la eficacia y efectividad de las acciones formuladas.</p> <p>Se tiene documentado en el sistema de gestión los procedimientos para las auditorías internas.</p> <p>Se realizó la evaluación independiente de la efectividad de los controles establecidos en los proceso así como la supervisión y seguimiento de estos al interior de la entidad.</p>	<p>1. P-GM-04 Procedimiento de evaluación independiente al sistema de control interno. P-GM-05 - Procedimiento para auditoria de control interno.</p> <p>2. Resultado de las auditoría comunicadas a la alta dirección y socializadas en el comité coordinador de evaluación y desempeño.</p> <p>3. La JOCI realizó durante el cuatrimestre a evaluar los informes de seguimiento a los PMI y PMUCGM; comunicados con memorandos 200-009 y 200-010.</p>