Alcaldía de Medellín Cuenta con vos ISVIMED	**MEMORANDO**	**CÓDIGO:** F-GC-03
		VERSIÓN: 03
		FECHA: 1/06/2016
		PÁGINA: 1 de 1

200-072

Medellín,

Alcaldía de Medellín Cuenta con vos ISVIMED
RECIBIDO
Firma: CHARLES BEDOYA Z
13 NOV 2018
8:50 AM

PARA: MANUELA GARCÍA GIL
Directora

AURA MARÍA TRAVECEDO FERNÁNDEZ
Subdirectora de Planeación

De: CATALINA VÁSQUEZ RESTREPO
Jefe de Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe Pormenorizado del Estado de Control Interno

Cordial saludo,

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011, la Jefatura de Control Interno del Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín - ISVIMED, presenta el Informe pormenorizado del estado del control interno, elaborado para el período comprendido entre julio y Noviembre de 2018, siguiendo la estructura del MIPG adoptada mediante la Resolución Interna No. 186 del 05 de marzo de 2018 y los lineamientos dados por el DAFP.

De acuerdo con lo establecido en la citada Ley, este informe se publicará en la página web del instituto en la ruta *http://isvimed.gov.co/transparencia/planeacion-gestion-y-control/control-interno/informepormenorizado con corte a noviembre de 2018.*

Anexo: Informe pormenorizado del estado del control interno (5 páginas) y anexo (2 páginas) .

Atentamente,

Catalina Vásquez R.
CATALINA VÁSQUEZ RESTREPO
Jefe de Oficina de Control Interno

Elaboró	Catalina Vásquez Restrepo *Jefe de Oficina de Control Interno*	Aprobó	Catalina Vásquez Restrepo *Jefe de Oficina de Control Interno*

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO

Auditoría que será realizada para dar cumplimiento el Plan de anual de auditoría de control interno de vigencia de 2018, y respondiendo a las responsabilidades del rol de la Jefatura de Control Interno – JOCI, en cuanto a realizar seguimiento y evaluación a la efectividad de los controles y para éste caso el avance y cumplimiento de la implementación del MIPG.

1. OBJETIVO GENERAL:

Presentar el Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno, evaluando el cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1499 de 2017 y la resolución interna 0186 de 2018, frente a los avances y acciones que se van dando en la implementación del MIPG, adoptado por el ISVIMED.

2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Evaluar el avance de desarrollo del proyecto de implementación Modelo Integral de Planeación y Gestión – MIPG

3. ALCANCE:

Aplica para el período comprendido entre Julio y Noviembre de 2018.

4. Alineación Estratégica a evaluar:

Valor Integridad:	Compromiso
Principio MIPG:	Excelencia y Calidad
Política:	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional
Objetivo ODS:	Ciudades y comunidades sostenibles
Objetivo Estratégico:	Bridar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.

5. CONCLUSIONES:

De acuerdo con la evaluación realizada, se puede concluir que existe compromiso por parte del equipo de trabajo del ISVIMED, al participar en la ejecución del proyecto del MIPG.

Resumen de las oportunidades de mejoramiento identificadas:

Número	Oportunidades de Mejora	Medición del Riesgo			
		Extremo	Alto	Moderado	Bajo
1	Implementación del MIPG				

6. METODOLOGÍA:

La Auditoría se realizó mediante entrevistas, solicitud de información y verificación documental, con la finalidad de determinar su estado frente al criterio normativo aplicable.

7. CRITERIOS DE AUDITORIA:

6.1 REFERENCIAS NORMATIVAS

- Decreto 1499 de 2017
- Manual Operativo MIPG

6.2 REFERENCIAS INTERNAS

- Documentación del Sistema de Gestión.
- La Resolución interna No. 0186 de 2018 "Por medio de la cual se modifica la estructura del sistema de Gestión y se adopta el MIPG en el ISVIMED"

8. DIFICULTADES EN EL PROCESO DE AUDITORÍA:

No se presentaron dificultades, el proceso de auditoría se desarrollo dentro de los parámetros establecidos.

9. CRITERIOS DE EVALUACIÓN:

Se procedió a determinar si la variable analizada cuenta con riesgo identificado en el Mapa de Riesgos. Como no se encontró documentado el riesgo en la matriz, la Oficina de Control Interno procedió a identificarlo con base en el criterio normativo aplicable los riesgos, para posteriormente analizarlos, valorarlos y determinar su **materialización**.

El criterio aplicado para establecer la **materialización del riesgo**, de las variables analizadas, correspondió a los siguientes parámetros de valoración y medición del nivel del riesgo. (Ver Procedimiento P-GM-05)

Medición del riesgo:	Extrema
	Alto
	Moderado
	Bajo
Medición del control:	Eficiente
	No Eficiente
Medición de la gestión:	Efectiva
	No Efectiva

Tabla que será utilizada para mostrar los resultados de la evaluación.

Tema analizado	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control	Medición de la Gestión

10. MUESTRA DE AUDITORÍA:

Para ésta auditoría no se requiere definir tamaño de muestra.

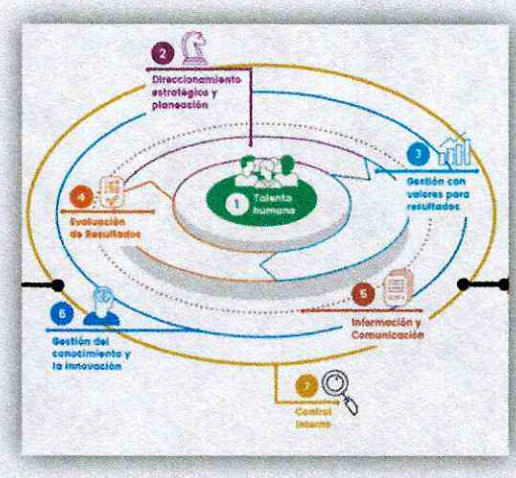
11. DESARROLLO DE LA AUDITORÍA:

A continuación se analiza el proyecto de implementación del MIPG y se describen los resultados de los diferentes temas o actividades.

10.1 EVALUACIÓN DEL MIPG

Riesgo 1: *Que el Instituto no implemente el MIPG*

El análisis se describe en la matriz anexa "Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno", donde se revisan cada una de las dimensiones con respecto a responsables asignados, cronograma de implementación o proceso de transición, autodiagnóstico, análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas y planes, planes de mejoramiento para la implementación, entre otros aspectos.



De igual manera la líder de la implementación del MIPG informa por medio de correo electrónico de fecha de 7 de noviembre de 2018:

"El MIPG se viene implementado con un proyecto aprobado desde la dirección y el cual se compone de las siguientes fases:

FASE 1: Realización de autodiagnósticos por políticas.

FASE 2: Consolidación de planes de acción.
FASE 3: Despliegue e implementación de planes de acción.
FASE 4: Mejora continua.

Las fases anteriores siempre se apoyarán en campañas de educación y sensibilización.

Los avances más relevantes hasta el momento:

- *Contratación de una persona que lidera todo el tema de normograma y quien se está encargando darle cumplimiento a los requisitos solicitados en la página del E-KOGUI.*
- *Se viene fortaleciendo el tema de protección de datos personales, desde la Subdirección jurídica se viene trabajando el tema con el apoyo del contratista que lidera el normograma institucional.*
- *Actualmente se está revisando y reestructurando el comité de conciliación a la luz de la política de defensa jurídica.*
- *Los instrumentos documentales requeridos por la política de gestión documental, ya fueron elaborados y se encuentran publicados en página web.(ver página web)*
- *La página ya cuenta con video institucional que le permite a las personas con limitaciones auditivas conocer nuestros servicios.(ver página web)*
- *Reestructuración del informe de control interno aplicando items que pide la política. (ver formato)*
- *La plataforma estratégica será redefinida, actualmente se viene realizando un proceso de contratación quien apoyará en este proyecto. Es de anotar que se trabajaran los criterios definidos en la política de Direccionamiento estratégico y planeación.*
- *Se actualizó la política de riesgos dando alcance a criterios aplicables en la materia.*
- *Se realizó una campaña denominada "Construyamos juntos el MIPG", con el fin de generar conocimiento y fortalecer la cultura organizacional".*

De la evaluación del MIPG, el **riesgo estratégico** de "*Implementación del MIPG*", no se materializó ubicándose en un nivel de **riesgo bajo**, determinando que el **control** establecido **es eficiente**, puesto que cuenta con un cronograma del SGC y un cronograma de autodiagnósticos; y la **gestión es efectiva**, ya que desde la subdirección de Planeación se está liderando la ejecución del proyecto con cada responsable, se han desarrollado planes de acción y se reporta el seguimiento en el Comité Institucional de Evaluación y Desempeño.

Tema analizado	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control	Medición de la Gestión
1. *Implementación del MIPG*	Bajo	Eficiente	Efectivo

- **Recomendación de mejora No. 1:** *Avanzar en la implementación del MIPG*
  Asegurase de que se continúe implementando el proyecto del MIPG y se ejecuten cada uno de los compromisos pactados en los planes de acción de las políticas y de planes institucionales para así lograr el mejoramiento Institucional.

12. RECOMENDACIONES:

1. Establecer frecuencia de seguimiento al cumplimiento de los compromisos pactados en cada uno de los planes de acción de las políticas que se encuentran en la herramienta de la Función Pública de Autodiagnósticos.
2. Revisar las actividades de los Planes descritas en el F-GE-19 Consolidación de planes institucionales al plan de acción anual, con el objetivo de alinearlos con los Planes de acción de las políticas y así unificar estrategias de trabajo.
3. Realizar un diagnóstico para la política de gestión del conocimiento y la innovación y para la política mejora normativa.
4. Es importante que cada una de las fases (FASE 1: Realización de autodiagnósticos por políticas, FASE 2: Consolidación de planes de acción, FASE 3: Despliegue e implementación de planes de acción, FASE 4: Mejora continua), sean debidamente documentadas en un plan de trabajo para que facilite la planeación, la ejecución, el control, el avance y el seguimiento del proyecto del MIPG, y en caso de ser necesario se tomen decisiones oportunas.
5. Para la política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, se recomienda realizar la autoevaluación de la Matriz de cumplimiento ley 1712 de 2017- Procuraduría General de la Nación.
6. Analizar las preguntas del autodiagnóstico contra el Informe de gestión y desempeño institucional (Resultado MIPG Función Pública-Abril 2018, ya que se evidencia diferencias significativas entre estas en las calificaciones arrojadas.
7. Evaluar la actualización del Manual Operativo de la Función Pública con fecha de agosto 2018, para así implementar los nuevos lineamientos.

Medellín, Noviembre 11 de 2018

Catalina Vásquez R.

Catalina Vásquez Restrepo
Jefe de Oficina de Control Interno.

Diego Echeverri.

Anexo: Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno

Objetivo: Presentar el Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno, evaluando el cumplimiento de lo establecido en el Decreto 1499 de 2017 y la resolución interna 0186 de 2018, frente a los avances y acciones que se van dando en la implementación del MIPG, adoptado por el ISVIMED.

Alcance: Aplica para el período comprendido entre Julio y Noviembre de 2018.

Fuente: Subdirección de Planeación (documentación soporte e información directa de profesional responsable de la implementación del MIPG y documento que reposan en el sistema de gestión integral de la calidad).

Nota: El Informe Pormenorizado se ha venido elaborando, con base en la estructura del Modelo Estándar de Control Interno MECI – Decreto 943 de mayo 21 de 2014. En esta ocasión se estructuró tomando como base el Modelo MIPG – es decir siguiendo las siete (7) dimensiones del mismo: Talento Humano, Direccionamiento estratégico y Planeación, Gestión con Valores para Resultados, Evaluación de Resultados, Control Interno,Gestión de la Información y la Comunicación y Gestión del Conocimiento y la Innovación.

Dimensión Aspecto	Dimensión Talento Humano	Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación	Dimensión Gestión con Valores para el Resultado	Dimensión Evaluación de Resultados	Dimensión Información y Comunicación	Dimensión Gestión del Conocimiento	Dimensión Control Interno
Responsables asignados	Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo del **Comité Institucional de Gestión y Desempeño, adoptado bajo la Resolución Interna No. 186 del 05 de marzo de 2018, Articulo 10. y por la Subdirección Administrativa y Financiera.** A nivel Operativo por la **Profesional de Gestión de Talento Humano.** Políticas a cargo de esta dimensión: Gestión Estratégica del Talento Humano e Integridad.	Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo del **Consejo Directivo, Directora, el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Subdirección de Planeación, la Subdirección Administrativa y Financiera.** Políticas a cargo de esta dimensión: Planeación Institucional, Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto y Administración de Riesgos.	Para el caso de ésta dimensión, las actividades se encuentran a cargo del **Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Subdirección Administrativa y Financiera, el profesional especializado de Tecnologias de la Información, Personal de Servicio al Ciudadano, Defensa Jurídica y la Subdirección de Planeación y los enlaces de Calidad que lideran cada cuna de las líneas de acción de los procesos.** Políticas asociadas: Fortalecimiento Organizacional, Gestión Presupuestal, Gobierno Digital, Defensa Jurídica, Trámites, Servicio al Ciudadano y Participación.	Los responsables de las actividades de esta dimensión son: **Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Dirección, la Subdirección de Planeación, y la Jefatura de Oficina de Control Interno,** Políticas asociadas: Seguimiento y evaluación de desempeño.	Como responsables de las acciones se encuentran el **Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Oficina Asesora de Comunicaciones, la Subdirección Administrativa y financiera.** **A nivel operativo los contratistas profesional de Tecnología e información y el contratista profesional de Gestión Documental.** Políticas asociadas: Gestión Documental, Transparencia y Acceso a la Información, y lucha contra la corrupción.	Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo del **Comité Institucional de Gestión y Desempeño y la Subdirección Administrativa y Financiera.** **A nivel Operativo por el Profesional universitaria de talento Humano.** Políticas asociadas: de Gestión y desempeño y Gestión del Conocimiento y la Innovación.	Las actividades de esta dimensión se encuentran a cargo del **Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y la Jefe de la Oficina de Control Interno y los integrantes de cada una de las líneas de defensa que establece el MIPG.** Políticas asociadas: Política de Control Interno y de Administración del Riesgo.
Informe de gestión y desempeño institucional (Resultado MIPG Función Pública-Abril 2018)	El puntaje obtenido por el instituto de conformidad con el Informe de gestión y desempeño institucional, corresponde a **70.9 puntos**; el puntaje máximo alcanzado por alguna de las entidades que forma parte del grupo par, corresponde a 86.1 puntos; el cual ubica al Instituto de acuerdo con el puntaje obtenido en el quintil 3, es decir, el desempeño alcanzado en la dimensión de Talento Humano, indica que el Instituto cuenta con un resultado que la posiciona dentro del 60% de los puntajes bajos del grupo par.	El puntaje obtenido por el ISVIMED en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, corresponde a **81.4 puntos**; el puntaje máximo alcanzado por alguna de las entidades que forma parte del grupo par, corresponde a 88 puntos; la ubicación del Instituto de acuerdo con el puntaje obtenido corresponde al quintil 4, es decir, el desempeño alcanzado en la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, indica que el Instituto cuenta con un resultado que la posiciona dentro del 40% de los puntajes mas altos del grupo par.	El puntaje obtenido en la dimensión Gestion con Valores para el Resultado, corresponde a **71,0 puntos**; el puntaje máximo alcanzado por alguna de las entidades que forma parte del grupo par, corresponde a 78,0 puntos; la ubicación del Instituto de acuerdo con el puntaje obtenido corresponde al quintil 5, es decir, el desempeño alcanzado , indica que el Instituto cuenta con un resultado que la posiciona dentro del de los puntajes mas altos del grupo par.	El puntaje obtenido en la dimensión Evaluación de Resultados, corresponde a **69,2 puntos**; el puntaje máximo alcanzado por alguna de las entidades que forma parte del grupo par, corresponde a 75,2 puntos; la ubicación del Instituto de acuerdo con el puntaje obtenido corresponde al quintil 5, es decir, que el Instituto cuenta con un resultado que la posiciona dentro de los puntajes mas altos del grupo par.	El puntaje obtenido en la dimensión, corresponde a **71,2 puntos**; el puntaje máximo alcanzado por alguna de las entidades que forma parte del grupo par, corresponde a 78,0 puntos; la ubicación del Instituto de acuerdo con el puntaje obtenido corresponde al quintil 5, es decir, que el Instituto cuenta con un resultado que la posiciona dentro del de los puntajes mas altos del grupo par.	El puntaje obtenido en la dimensión, corresponde a **70,8 puntos**; las entidades que forma parte del grupo par, fueron calificadas con 84,2 puntos; la ubicación del Instituto de acuerdo con el puntaje obtenido corresponde al quintil 5.	El puntaje obtenido en la dimensión, corresponde a **70,4 puntos**; las entidades que forma parte del grupo par, fueron calificadas con 77,1 puntos; la ubicación del Instituto de acuerdo con el puntaje obtenido corresponde al quintil 5, si bien el puntaje es favorable debe fortalecer los componentes ambiente de control y actividades de monitoreo y control.
Cronograma para la implementación o proceso de transición	La subdirección de planeación estableció un cronograma de trabajo para aplicar los autodiagnósticos de cada dimensión a través de FOCUS GROUP y así establecer un plan de mejoramiento para cerrar las brechas, adicional se tomará como material de trabajo el informe de evaluación de DAPF. (Memorando 100-089 del 18 de julio de 2018). Se ha avanzado en el desarrollo de los autodiagnósticos y planes de acción.						
Autodiagnóstico	Política Integridad: calificación **2.9** Política estratégica de talento humano: Calificación **44,3**	Política direcciobnamiento y planeación: Calificación **72.** Política Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público: Calificaión **97,2**	Política defensa jurídica: Calificación **37.** Política Participación Ciudadana: Calificación **10,3** Política Servicio al ciudadano: calificación **63,3**	Política seguimiento y evaluación del desempeño institucional: Calificación **64,4**	Política gestión documental: Calificación **62,9** Política transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción: Calificación **70,7**	No cuenta con autodiagnóstico	Política control interno: Calificación **61,2**
Análisis de brechas frente a los lineamientos de las políticas	Se realiza el autodiagnóstico donde se analiza cada una de los estándares mínimos de cumplimiento para la implementación eficaz de las políticas. Actividad que fue realizada con cada uno de los responsables de estas.						

Análisis de brechas frente a los lineamientos de los Planes (Decreto 612 de 2018 "Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado").	**Plan Institucional de Capacitación:** Formato F-GH-12 el cual fue aprobado a través de la Resolución 289 del 23 de Marzo de 2018 y consolidado de conformidad con la herramienta exigido en el decreto 612 de 2018; se encuentra publicado desde el 22 de mayo de 2018 en la pagina Web Instituticional. **Plan de Bienestar:** El cual fue aprobado a través de la Resolución 290 del 23 de marzo de 2018. Y el plan de capacitaciones se les realiza un seguimiento a través de dos indicadores "cumplimiento del plan de capacitación" y "cumplimiento al plan de bienestar", los cuales se miden trimestralmente y pueden ser consultados en el módulo SMO de SIFI y consolidado de conformidad con la herramienta exigido en el decreto 612 de 2018. **Plan de Incentivos Institucionales:** Mediante la Resolución Interna No.742 del 29 de agosto de 2016 se adoptó el programa de aprovechamiento del tiempo libre para los servidores públicos del ISVIMED. **Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo:** Se adopto la política bajo la resolución interna 286 de 2018 y para ello se estableció un plan de trabajo y fue	**Plan Anual de Adquisiciones:** Mediante la Resolución Interna No. 093 del 31 de enero de 2018 adoptó el Plan anual de adquisiciones. **Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano**, adoptado bajo el código PL-GE-02, versión 03 del 17/01/2018. Seguimiento al Plan Estratégico Institucional con corte a junio de 2017 publicado el 8 de junio de esa vigencia y con corte a 2018 publicado el 8 junio. Seguimiento al plan indicativo con corte a marzo y se publicó el 8 de junio de 2018. Seguimiento al plan de acción con corte a marzo y se publicó el 7 de junio de 2018. Otros: plan de inversiones y plan mensualizado de caja	Manual de servicio a la ciudadanía el cual contempla planes inherentes al tema. En esta dimensión aplican todos los planes implementados en las dimensiones anteriores.	Los planes alineados a esta dimesión son: Plan Anual de Auditorias de Control Interno 2018. Plan de Auditoría interna Integral. Plan de acción anual de 2018 publicado el 25 de enero en pagina web institucional y los 12 planes enmarcados en el decreto 612 de 2018.	Plan Institucional de Archivos de la Entidad -PINAR; se encuentra publicadao en pagina web institucional desde el 5 de abril de 2018. PL-GD-02 - plan de conservación de documentos, versión 1, fecha 23/08/2018 PR-GD-01 - programa de gestión documental, versión 1, fecha 23/08/2018 Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETIC, publicado en pagina web institucional desde el 19 de julio de 2018. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información Los anteriores planes de encuentran consolidados de conformidad con la herramienta exigida en el decreto 612 de 2018. Manual de políticas y procedimientos para la protección de datos personales con código M-GJ-02.	Se cuenta con los siguientes planes: Plan de capacitaciones. Plan Estrategico de Talento Humano PETH. Los anteriores planes de encuentran consolidados de conformidad con la herramienta exigida en el decreto 612 de 2018.	Para el seguimiento y evaluación se aplica: Plan Anual de Auditoría de Control Interno vigencia 2018. Plan de Auditoría interna Integral.
	F-GE-19 Consolidación de planes institucionales al plan de acción anual, se evidencia seguimiento a las acciones alli plasmadas con corte a julio 31 de 2018. Actividad liderada por la Subdirección de Planeación.						
Planes de mejora para la implementación o proceso de transición	Plan de acción: Se encuentran en desarrollo, se plantean acciones para los requerimientos calificados menor e igual a 80 puntos en el autodiagnóstico, esto con el propósito de dar cumplimiento a los lineamientos de las políticas.						
Avances acorde al cronograma y planes de mejora	En cuanto a avances según cronograma, se observa que la fecha la Subdirección de planeación, reporta avance del programa de autodiagnósticos, los cuales se han trabajo en las políticas. En las mesas de calidad lideradas por la subdirección de planeación, que se ejecutan mensualmente, se ha realizado formación en el MIPG a cada uno de los enlaces que conforman éste. Se presentan avances del proyecto al comité institucional de gestión y desempeño.						
Otros aspectos	Desde la Subdirección de Planeación se lideró el desarrolló de la campaña "Construyamos juntos el MIPG"					El sistema SIFI reposa la documentación y registros del Instituto donde se conserva el conocimiento misional.	La Jefatura de Oficina de Control Interno cuenta con el Estatuto de la actividad de Auditoría Interna, y el Código de Ética del Auditor Interno, los cuales fueron adoptados a
Recomendaciones	1. Establecer frecuencia de seguimiento al cumplimiento de los compromisos pactados en cada uno de los planes de acción de las políticas que se encuentran en la herramienta de la Función Pública de Autodiagnósticos. 2. Revisar las actividades de los Planes descritas en el F-GE-19 Consolidación de planes institucionales al plan de acción anual, con el objetivo de alinearlos con los Planes de acción de las políticas y así unificar estrategias de trabajo. 3. Realizar un diagnóstico para la política de gestión del conocimiento y la innovación y para la política mejora normativa. 4. Es importante que cada una de las fases (FASE 1: Realización de autodiagnósticos por políticas, FASE 2: Consolidación de planes de acción, FASE 3: Despliegue e implementación de planes de acción, FASE 4: Mejora continua), sean debidamente documentadas en un plan de trabajo para que facilite la planeación, la ejecución, el control, el avance y el seguimiento del proyecto del MIPG, y en caso de ser necesario se tomen decisiones oportunas. 5. Para la política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción, se recomienda realizar la autoevaluación de la Matriz de cumplimiento ley 1712 de 2017- Procuraduría General de la Nación. 6. Analizar las preguntas del autodiagnóstico contra el Informe de gestión y desempeño institucional (Resultado MIPG Función Pública-Abril 2018, ya que se evidencia diferencias significativas entre estas en las calificaciones arrojadas. 7. Evaluar la actualización del Manual Operativo de la Función Pública con fecha de agosto de 2018, para así implementar los nuevos lineamientos.						

Elaboró:	Catalina Vásquez Restrepo Jefe de Oficina de Control Interno	Revisó:	Diego Echeverri Montoya Profesional Universitario	Aprobó:	Catalina Vásquez Restrepo Jefe de Oficina de Control Interno