



**UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SAN CRISTÓBAL  
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

**INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO**

**MARZO – JUNIO DE 2016**

**VICTOR HERNANDO RAYO MORALES**

**Asesor Oficina de Control Interno**

**OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**JULIO 11 DE 2016**

Calle 22 Sur No. 8A-58  
Código Postal : 110421  
Conmutador: 2091480 Fax 2783980  
[www.esesancristobal.gov.co](http://www.esesancristobal.gov.co)  
Info: Línea 195





Dando cumplimiento al artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, se presenta el siguiente informe pormenorizado del estado del control interno, de acuerdo con el Modelo Estándar de Control Interno MECI, implementado en la E.S.E San Cristóbal; es de anotar que esta entidad a partir de la expedición del Acuerdo No. 641 del 6 de abril de 2016, “Por el cual se efectúa la reorganización del Sector Salud de Bogotá, Distrito Capital, se modifica el Acuerdo 257 de 2006 y se expiden otras disposiciones”; entró en proceso de fusión, durante un periodo de transición de un año y por lo tanto, forma parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, como Unidad Prestadora de Servicios de Salud San Cristóbal, por tal motivo, a la fecha de presentación de este informe, 11 de julio de 2016, la dirección y administración de esta entidad, se encuentra a cargo de la Gerente y la Junta Directiva, de la Subred. Actualmente, la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E, cuenta con un documento denominado “Hoja de ruta para el perfeccionamiento del proceso de transformación en el sector salud acuerdo 641 de 2016”.

## MÓDULO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

### COMPONENTE TALENTO HUMANO:

#### Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos

Se tiene un Código de Ética y Buen Gobierno, el cual fue construido participativamente, actualmente, se encuentra publicado en la intranet, con código: DE-MA-10, versión: 3, fecha: 04/09/2014, y tiene como objetivo, fomentar comportamientos en los colaboradores, a través de referentes, modelos y orientaciones éticas y morales que establezcan las formas de relacionamiento interno y externo de las personas, basadas en principios y valores que fundamenten el compromiso social y aseguren el cumplimiento de la plataforma estratégica institucional, debido a que en este código, se estableció que todas las acciones que realice la entidad en desarrollo de su actividad y demás actuaciones, deberán estar enmarcadas con los principios y valores consignados en el mismo. Se continúa desplegando a través de una



estrategia denomina “HUELLAS”, sensibilización sobre los principios y valores, como mecanismo de fomento de la cultura del control.

### **Desarrollo del Talento Humano:**

Se cuenta con Plan Institucional de Capacitación y Plan de Bienestar Social e Incentivos de la vigencia 2016, con su correspondiente resolución de adopción.

La finalidad de este plan es cubrir las necesidades y requerimientos de formación y capacitación identificados mediante un procedimiento por los funcionarios a través de los Proyectos de Aprendizaje en Equipo –PAE- para el fortalecimiento de sus competencias laborales, reafirmando a la vez, conductas éticas que permitan generar la cultura del servicio y la confianza ciudadana, y además realizar un proceso de articulación de necesidades de capacitación.

El programa de Bienestar e Incentivos, se elaboró con base en un instrumento de recolección de información aplicado a los servidores públicos de la Entidad.

El PLAN DE BIENESTAR SOCIAL E INCENTIVOS 2016, CÓDIGO: GP-MA-1, VERSIÓN: 3, FECHA: 26/05/2016, tiene como objetivo, propiciar condiciones para la protección y el mejoramiento de la calidad de vida de los funcionarios y sus familias, generando espacios de motivación, esparcimiento e integración familiar, y el PLAN INSTITUCIONAL DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN 2016, CÓDIGO: GP-MA-3, VERSIÓN; 4, FECHA: 26/05/2016, se encuentran publicados en la intranet, para consulta de todos los colaboradores de la entidad.

## **COMPONENTE DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

### **Planes, Programas y Proyectos**

El proceso de direccionamiento estratégico, se encuentra consolidado, por medio de una plataforma evaluada de forma permanente en el comité del Sistema Integrado de Gestión, en las diferentes revisiones por la dirección, en el seguimiento al plan de desarrollo institucional y en los POA de cada uno de los procesos a los cuales se les actualizan las metas de cada vigencia y se evalúa de forma trimestral. Los objetivos institucionales se evalúan por medio de los Planes Operativos Anuales- POA, el seguimiento trimestralmente, y de las debilidades observadas e incumplimientos se levantan los respectivos planes



de mejora, los cuales son evaluados por los responsables de los Procesos. Está pendiente la evaluación del segundo trimestre de 2016.

El proyecto de Construcción y dotación de la UPA Los Libertadores que se encontraba suspendido, reinició por medio de Licitación Pública realizada por la SDS con el Consorcio FACIV el día 21 de diciembre de 2015. Se estipula la entrega de la construcción terminada aproximadamente el mes de julio de 2016.

El Manual del Sistema Integrado de Gestión, el cual incluye la actualización de los objetivos del SIG con las metas, se encuentra publicado en la intranet, código DE- MA-05 Versión 3.

Se realizó cierre a las acciones que componen el Plan Anticorrupción y Servicios al Ciudadano. Se encuentra publicado en la página web, en el vínculo Pacto por la Transparencia.

El plan de sostenibilidad del MECI, fue presentado en el comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, realizado el 28 de abril de 2016. Pendiente realizar seguimiento correspondiente a segundo trimestre del 2016.

## **Modelo de Operación por Procesos**

La entidad, cuenta con un mapa de procesos con las respectivas caracterizaciones, publicado en la intranet; cada uno de los procesos cuenta con la documentación que soportan la gestión a cumplir en la entidad. Se cuenta con el Manual de medición institucional normalizado con el código SM-MA-1, el cual tiene como objetivo monitorear y controlar el cumplimiento de los objetivos estratégicos, propuestos por la entidad, mediante el diseño, diligenciamiento y seguimiento de indicadores enmarcados en el tablero de indicadores de la institución; de esta forma se tiene una metodología para que se elaboren y se analicen los procesos.

Para hacer el seguimiento de la satisfacción de nuestros usuarios se aplica una encuesta semanalmente, y así evaluamos las necesidades y expectativas de ellos. Adicionalmente, se cuenta con diferentes mecanismos de escucha como los buzones de sugerencias que se encuentran instalados en cada una de las sedes, el SIDBA, la línea 195 y línea institucional, las oficinas de atención al usuario, el correo institucional, la página WEB y correspondencia. Se realiza revisión de las peticiones, quejas y reclamos mensualmente, con el fin de establecer las necesidades de los usuarios para toma de decisiones.



## **Estructura Organizacional**

Se cuenta con Organigrama, publicado en página Web debidamente documentado y actualmente desactualizado, debido al proceso de fusión. La entidad tenía una estructura flexible que le permitía trabajar por procesos, donde se identificaban los niveles de responsabilidad y autoridad y cada proceso contaba con un líder.

Se cuenta con el Manual de funciones establecido mediante ACUERDO 013 DEL 2 DE JUNIO DEL 2015, adoptado y socializado para cada uno de los cargos de la entidad, el manual se encuentra publicado con el nombre: “MANUAL ESPECÍFICO DE FUNCIONES Y COMPETENCIAS LABORALES PUBLICADO EN EL NORMOGRAMA INSTITUCIONAL. ACUERDO 013 DEL 2 DE JUNIO DEL 2015”

Actualmente, se está trabajando en la elaboración de un nuevo manual de funciones y competencias laborales.

## **Indicadores de Gestión**

La entidad dentro de los planes, programas y proyectos cuenta con indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad, cada uno de estos indicadores por procesos aporta a la medición de la gestión y cuentan con fichas que permiten consultarlos de manera fácil. El seguimiento de los indicadores se realiza de manera mensual y trimestral. Cada líder de proceso alimenta y hace seguimiento a sus indicadores verificando que se cumpla con la periodicidad establecida para la medición de cada uno de ellos. Está pendiente realizar el seguimiento correspondiente al segundo trimestre de 2016. Se continúan realizando el seguimiento a los indicadores del ranking asistencia, donde se revisa la gestión de cada una de las sedes y los procesos que pertenecen al área misional.



## **Políticas de Operación**

Las políticas de Operación de la entidad se encuentran publicadas en el Código de Ética y Buen Gobierno, adicionalmente, se encuentran publicadas en cada una de las caracterizaciones de los procesos.

## **COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**

### **Políticas de Administración del Riesgo**

La Entidad cuenta con la política de administración de riesgos, publicada en la intranet, donde se compromete a minimizar los posibles impactos por la materialización de los riesgos asistenciales y no asistenciales, está basada en los planes estratégicos de la entidad y objetivos institucionales, establece su objetivo, alcance, y los niveles de aceptación o tolerancia al riesgo.

La socialización del mapa de riesgos se realizó en las jornadas e inducción realizadas de enero a mayo de 2016.

### **Identificación del Riesgo**

Se cuenta con el manual de gestión de riesgos actualizado y normalizado bajo el código DE-MA-3 versión 3 DE FECHA 22/06/2015, cuyo objetivo es disminuir la ocurrencia de aquellos eventos que incidan de manera negativa en las áreas de impacto definidas para la Entidad, por medio de la gestión integral de los riesgos a través de su identificación, análisis, evaluación, tratamiento, monitoreo, consulta y comunicación.

### **Análisis y Valoración del Riesgo**

Se continúa realizando, el monitoreo de riesgo de forma trimestral y la Oficina Asesora de Control Interno realiza la evaluación del cumplimiento de los controles y de las acciones de mitigación. Así mismo, verifica desde la evaluación y seguimiento, que los responsables de los procesos implementen los controles y las acciones para mitigar los riesgos.



## MÓDULO DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

### COMPONENTE DE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

#### Autoevaluación de Control y Gestión

La Oficina Asesora de Control Interno, realiza acciones y actividades de sensibilización a los servidores públicos para concientizarlos de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de autoevaluación.

La promoción del autocontrol, se logra en la entidad mediante la creación del ranking institucional, definiendo factores claves de éxito para los procesos de acciones intramurales y extramurales, fomentando así, la mejora continua de los procesos. Así mismo, se logra consolidación y fortalecimiento de los programas de seguridad del paciente y de humanización.

### COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

#### Auditoría Interna

La Oficina Asesora de Control Interno, evalúa el Sistema de Control Interno de la Entidad, y presenta los resultados de estas evaluaciones, las cuales han contribuido a la toma de decisiones y al mejoramiento del Sistema de Control Interno.

Igualmente, elabora un programa anual de auditorías, el cual es aprobado por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, y reportado a la Secretaria General de la Alcaldía Mayor D.C. Actualmente, por el proceso de fusión, se está trabajando en la modificación del programa anual de auditorías.

En el programa anual de auditoría, están las actividades establecidas de acuerdo con los 5 roles. Así:

### ROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

#### EVALUACIONES Y AUDITORIAS INTERNAS

- **EVALUACIONES**



La Oficina Asesora de Control Interno, elabora los Informes Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno, que se rinden al Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP, los informes pormenorizados sobre el estado del Control Interno, publicados en la página web, los resultados de las evaluaciones de los procesos, la gestión y los informes de control interno contable, realiza evaluación del cumplimiento del PAMEC, de requisitos legales, del sistema de gestión de archivo, al cumplimiento del plan de mantenimiento de la entidad y el plan de compras, emite informes y alertas; en donde, se presentan recomendaciones y/o sugerencias, que contribuyen a la toma de decisiones y al establecimiento de compromisos y/o tareas en los Comités de Coordinación del Sistema de Control Interno.

- **AUDITORIAS INTERNAS**

La Oficina Asesora de Control Interno, cuenta con una matriz de auditoría, donde selecciona de acuerdo con criterios de priorización establecidos previamente, las auditorías a realizar durante cada vigencia, son incluidas en el programa anual de auditorías; se planean y ejecutan según lineamientos contemplados en el procedimiento de auditorías.

Se realizan diferentes auditorías: Auditorías integrales a los procesos de la entidad, al Sistema Integrado de Gestión –SIG, auditorías especiales, entre las cuales, mencionamos las siguientes: Sistemas, procesos de salud pública, acreditación, habilitación, calidad: NTCGP 1000:2009, ISO:9001: 2008, contratación, nómina, activos fijo, mantenimiento hospitalario, y auditorías de estudio de adherencia a las guías odontológicas: Caries Dental, Cirugía Oral, Enfermedad Gingival y Enfermedad Pulpar y de guías medicas: Seguridad informática de la historia clínica odontológica, atención de hipertensión arterial, atención materno perinatal, atención de Infección vía respiratoria aguda alta, atención de Bronquiolitis, atención de Infección de vía urinaria, atención de cefalea, atención de patología osteoarticular y muscular, auditoria al servicio de Urgencias, Hospitalización, Referencia y Contra referencia de los estándares Procesos Prioritarios e Historias Clínicas y Registros, Auditoria especial a programas de promoción de la salud y detección temprana de la enfermedad, auditoria al componente vigilancia sanitaria y ambiental, y auditoria de medicación en pacientes polimedificados.

De las auditorías, se desprenden recomendaciones que contribuyen a proporcionar elementos para la toma de decisiones en el desarrollo de las actividades de la entidad y el cumplimiento de la misión, metas y objetivos





institucionales, y los Planes Operativos Anuales-POA. Igualmente, los líderes y operadores de los procesos realizan los respectivos planes de mejoramiento.

## INFORMES DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO Y SEGUIMIENTOS

### • INFORMES DE CUMPLIMIENTO NORMATIVO

Según la periodicidad y lineamientos establecido en la normatividad vigente y aplicable a la Oficina Asesora de Control Interno, se presentan los siguientes informes: Ejecutivo anual de evaluación del Sistema de Control, Evaluación del Control Interno Contable, evaluación de la gestión por dependencias, austeridad en el gasto, relación de las causas que impactan los resultados de los avances de la gestión presupuestal, contractual y física, en cumplimiento de las metas del plan de desarrollo de la entidad u organismo, informe sobre las quejas, sugerencias y reclamos, informe sobre derechos de autor sobre software, informe pormenorizado del Sistema de Control interno – cuatrimestral, Informe conjunto del revisor fiscal y el asesor de control interno, sobre la facturación y el estado de la cartera por servicios y los pasivos con terceros, informe de evaluación del cumplimiento de las directrices para prevenir conductas irregulares relacionadas con incumplimiento de los manuales de funciones y de procedimientos y la pérdida de elementos y documentos públicos.

### • SEGUIMIENTOS

Se programan y realizan los siguientes seguimientos: Al programa anual de auditorías, a los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría de Bogotá D.C., la Revisoría Fiscal, calidad efectuadas por el ICONTEC y por procesos, a las mesas de acreditación, planes de acción, tareas de comités, presentación de los informes de ley, a las funciones del comité de conciliaciones a través del Sistema de Información de Procesos Judiciales - SIPROJ-WEB, al plan anticorrupción, a la implementación y sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión -SIG, inventario del parque automotor, al Plan de acción GEL y PETIC, el plan de comunicaciones, al cumplimiento del Decreto 371 de 2010. *"Por el cual se establecen lineamientos para preservar y fortalecer la transparencia y para la prevención de la corrupción en las Entidades y Organismos del Distrito Capital)*, a la caja menor, a los indicadores aplicativo ITS, contratos OPS y RF, Convenios Interadministrativos, Comodatos Interadministrativos, implementación política de cero papel, al plan de acción de implementación del MECI, mantenimiento en los centros de atención, acciones establecidas para la actualización y socialización del código de ética y buen gobierno, manual de



funciones y competencias, metas establecidas en el plan de desarrollo institucional y la coherencia de los objetivos institucionales, que en la jornadas de inducción y reinducción se socialice la caracterización e los procesos, los procedimientos e indicadores, estructura organizacional, cumplimiento de las políticas establecidas en SIG, autoevaluaciones realizadas por líderes y operadores de los procesos y herramientas utilizadas, la existencia de canales de comunicación, los mecanismos para el procesamiento de la información en la entidad, los controles definidos en el mapa de procesos y procedimientos, al cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, planes, programas, proyectos y metas de la entidad, aplicación de los mecanismos de participación ciudadana establecidos en la entidad y en la normatividad vigente, seguridad informática de la historia clínica sistematizada (medicina y odontología), al sistema de gestión ambiental, ejecución presupuestal, al inventario documental de la Oficina Asesora de Control Interno, al programa anual mensualizado de caja-PAC, a los planes operativos anual de los procesos, liquidación de contratos, las cuentas por pagar de vigencias anteriores, planes de acción y tareas de comités institucionales, al calendario institucional de presentación de informes, oportunidad de la acción de repetición, cumplimiento de las funciones de los integrantes del Comité, al plan de acción del pacto por la transparencia y anticorrupción publicado en la página web institucional, seguimiento y acompañamiento al proceso de rendición de cuentas, y al plan de mejoramiento de la Oficina Asesora de Control. En el comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, se dan a conocer los resultados del seguimiento, con el fin que se tomen las decisiones respectivas y se establezcan compromisos.

## ACOMPañAMIENTO Y ASESORÍA

Para la Asesoría y acompañamiento, la Oficina Asesora de Control Interno, cuenta con procedimiento, en donde se describen las actividades a tener en cuenta para la realización del acompañamiento y la asesoría y un formato en el cual, se registra en detalle la asesoría brindada. Se efectúan asesorías y alertas, se asiste a los diferentes comités institucionales, con el fin de revisar el cumplimiento de los planes de acción, tareas, compromisos y prestar asesoría a los mismos, se formulan recomendaciones, que contribuyen a mejorar el grado de cumplimiento de los compromisos establecidos en los diferentes comités. Se cuenta con un sistema de alertas que emite la Oficina Asesora de Control Interno a los diferentes procesos, con el propósito de prevenir riesgos que se identifican en las evaluaciones y seguimientos. Estas alertas son enviadas por el correo



institucional y se encuentran archivadas en físico en la Oficina Asesora de Control Interno, como evidencia del trabajo realizado. Asesoramos y acompañamos el proceso de rendición de cuentas de la entidad y en la metodología para la elaboración de planes de mejoramiento. Brindamos asesoría permanente en diferentes temas relacionados con hallazgos producto de auditorías internas que contribuyen a la toma de decisiones, las cuales son presentadas en Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, y sirve como base para la toma de decisiones y el fortalecimiento del control interno.

## **FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL**

En el fomento de la cultura de control, la Oficina Asesora de Control Interno, en las reuniones del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno socializa TIP'S de autocontrol con el fin de sensibilizar a la Gerencia y su equipo directivo e invitados. Además, realiza talleres de capacitación y sensibilización al grupo de gestores éticos, con el fin que multipliquen la información a los demás colaboradores de la entidad.

La Oficina Asesora de Control Interno, mantiene un gran compromiso con sensibilizar en el Código de Ética y Buen Gobierno por medio de la estrategia “HUELLAS”, con el propósito que éste sea interiorizado por parte de cada uno de los colaboradores, por tal motivo, envía tip's recordando los principios, valores, políticas existentes y adicionalmente evalúa su adherencia por medio de un Test Institucional.

## **RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS**

Se atienden diferentes derechos de petición y requerimientos que realizan varias entidades de dirección, vigilancia y control a la Oficina Asesora de Control y a la entidad; igualmente, los que están registrados en el calendario institucional de presentación de informes, se verifica el cumplimiento en la entrega oportuna y con calidad y se emiten alertas, así mismo, se presentan los avances del cumplimiento, en el Comités de Coordinación del Sistema de Control Interno. Además, la Oficina Asesora de Control Interno, coordina el suministro de información en las auditorías que realiza la Contraloría de Bogotá D.C.: como mecanismo de control y con el propósito que se minimice el riesgo de requerimiento por las entidades de dirección o sanción por las entidades de vigilancia y control, debido a la presentación inoportuna de los informes o por desconocimiento de la metodología en la elaboración y presentación un



determinado informe, la Oficina Asesora de Control Interno, elaboró un calendario institucional de presentación de informes, el cual, es actualizado de acuerdo con la normatividad vigente y aplicable a la entidad, en el reporte de información.

## **COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO**

### **Plan de Mejoramiento**

Se cuenta con procedimiento CÓDIGO SM-PR-1 VERSIÓN 2 FECHA 20/04/2015 de Gestión para la Mejora PROCESO: SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINÚA y publicado en la intranet en el proceso de seguimiento, evaluación y mejora continua. Se elaboran planes de mejoramiento por proceso con las no conformidades encontradas en visitas, rondas de seguridad, auditoría internas y externas, investigaciones de eventos o incidentes de seguridad.

El plan de mejoramiento institucional, es producto de las auditorías especiales y regulares realizadas por la Contraloría de Bogotá D.C al cual, se realiza seguimiento trimestral por parte de la Oficina Asesora de Control Interno.

Así mismo, se formulan planes de mejoramiento individuales con el fin de evidenciar la mejora principalmente en la adherencia a guías y en los objetivos de las evaluaciones del desempeño cuando se requieran.

El seguimiento al cumplimiento de las acciones correctivas, formuladas en los planes de mejoramiento se realiza mensualmente por parte de los responsables de procesos y la Oficina de Asesora de Control Interno, realiza el cierre de las acciones, evaluando la efectividad de las mismas de forma trimestral. A sí mismo, realiza autoevaluación a los planes de mejora del Proceso de Seguimiento, Evaluación y Mejora continua.

Pendiente seguimiento de autocontrol de los planes de mejora por proceso correspondiente al segundo trimestre de 2016.



## **EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

Actualmente, la entidad cuenta con un sistema de digiturno mediante el cual, a través de un administrador de contenidos se despliega información a los usuarios sobre diferentes temas de interés, como seguridad del paciente, derechos y deberes, el nuevo modelo de atención en salud, humanización, donación de órganos, y recomendaciones ambientales.

El plan de comunicaciones de la entidad, se encuentra publicado en la intranet en el proceso de gestión del conocimiento y la comunicación, al que se le realiza seguimiento de forma trimestral y se socializa.

La información para trabajar y la que se genera al interior de la entidad, está publicada en la intranet clasificada por procesos. La intranet es el mecanismo de comunicación más efectivo de la entidad.

Se tiene una herramienta virtual denominado ORFEO, para el manejo de la correspondencia y documentos que canaliza y controla el sistema de información interna y externa que maneja la entidad. Igualmente, existen tablas de retención documental.

Se continúan utilizando mecanismos de comunicación interna como el correo institucional, los comités y las ULG, por medio de los cuales se realiza divulgación de información importante para los colaboradores. Para conocer cómo se debe entregar la información se cuenta con instructivos y procedimientos que pueden ser consultados a través de la Intranet para su aplicación.

Se realiza reuniones de sensibilización sobre los diferentes mecanismos de participación como veedurías, COPACO y Asociación de Usuarios.

El control social, es convocado para el seguimiento de proyectos de interés general y en la apertura de buzones de sugerencias.

Se continúa realizando seguimiento a la oportunidad de contestación de peticiones quejas y reclamos para evaluar el comportamiento de la oportunidad en la contestación de los requerimientos que llegan a la entidad.

Se llevó a cabo la rendición anual de cuentas de la vigencia del 2015 con la intervención de los distintos grupos de interés, veedurías y ciudadanía



## RECOMENDACIONES

- Es importante que se continúe fortaleciendo los mecanismos de divulgación del "buzón de sueños" porque su fortalecimiento permitirá mayor cobertura de usuarios lo que permitirá conocer la satisfacción del cliente interno, siendo este buzón uno de los mecanismos para tal fin.
- Debido a que la entidad se encuentra en proceso de fusión y hasta la fecha está en el periodo de transición, es necesario que los colaboradores de Planeación, continúen realizando los seguimientos al plan de sostenibilidad del MECI, a los indicadores de gestión del aplicativo ITS, al Plan Operativo Anual, y a los planes de mejoramiento por procesos, correspondientes al segundo trimestre de la vigencia del 2016.
- Se debe continuar elaborando y presentando los informes a las diferentes entidades de dirección vigilancia y control, hasta tanto, se perfeccione el proceso de fusión.