

## INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno,  
o quien haga sus veces:

JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA

Período evaluado: Enero a Noviembre de 2011

Fecha de elaboración: Diciembre 02 de 2011

### Subsistema de Control Estratégico

#### Dificultades

- En algunos procesos no se ha avanzado lo suficiente en el establecimiento y medición de la efectividad de puntos de control.
- Falta un mayor compromiso en la gestión para el cumplimiento del plan de manejo de riesgos por parte de los procesos
- Se han realizado cambios en algunos indicadores, sin embargo; no los suficientes en la revisión para la depuración y replanteamiento de algunos de ellos.
- A pesar de la implementación de acciones preventivas; el nivel de exposición al Riesgo como resultado del monitoreo a las acciones preventivas realizadas en el periodo evaluado, evidenciando que la Entidad se encuentra en una **Zona de Riesgo Moderado** y dentro de un rango de Calificación de los indicadores **Aceptable**, para lo cual se deberán desarrollar estrategias que permitan Reducir, Evitar, Compartir o Transferir los Riesgos existentes.

#### Avances

##### ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS:

- La entidad implemento el código de valores y conducta ética mediante la resolución 1702 del 17 de Junio de 2009 y durante el 2010 se produjo la actualización mediante resolución 2714 del 12 de Noviembre.
- La entidad mediante talleres de refuerzo se encuentra efectuando la interiorización de los Códigos de valores y Conducta Ética y de Buen Gobierno a los funcionarios de la entidad, haciendo con esto el cumplimiento del componente ético definido por la entidad y la cultura de autocontrol.
- Durante el primer semestre de 2011, se efectuó la medición al cumplimiento del Código de Buen Gobierno, Código de Valores y Conducta ética, a través de la Matriz de Indicadores por procesos y estratégicos.
- A 31 de Diciembre de 2010, se aplicó la Encuesta Individual de necesidades de FORMACION Y ENTRENAMIENTO para conocer las necesidades de la entidad, procesos e individuales; cuyo resultado se tomó como base para la formulación del respectivo plan de capacitación, formación y entrenamiento, el cual se viene cumpliendo en su totalidad por parte del Proceso de Talento Humano, como son cursos de Excel, Orfeo y temas de gestión de calidad; entre otros temas.
- Se encuentra implementado el programa de inducción y re inducción y como parte de este; la cartilla de Inducción General y Especifica la cual ha sido actualizada constantemente.
- La Entidad se encuentra aplicando el procedimiento "AUTORREGULACION Y GESTION ETICA EN EL FPS", se elaboró Diagnostico de las practicas éticas y de responsabilidad social de la entidad mediante la aplicación de "Encuesta de Percepción Ética" la cual fue presentada al Comité Coordinador del Sistema de Control Interno y Calidad.
- En aplicación de los Acuerdos vigentes emitidos por la CNSC y los actos administrativos internos, se han cumplido los términos legales establecidos para realizar la evaluación de desempeño laboral de los funcionarios de carrera y reposan en las respectivas historias laborales

##### DESARROLLO DE TALENTO HUMANO:

- De manera semestral se aplican encuestas de evaluación para medir el impacto y la efectividad de las actividades desarrolladas durante el periodo evaluado.
- El proceso de talento humano durante este periodo organizo eventos de formación que no estaban programados pero por ser de gran importancia para la entidad considero pertinente la asistencia a las

entidades (ESAP, GOBIERNO EN LINEA, MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO – SIIF, SIGEP, entre otras).

- De acuerdo a las encuestas realizadas por el proceso de Talento Humano sobre el impacto de la capacitación, los funcionarios capacitados y sus jefes inmediatos, consideran que han recibido conocimientos y han desarrollado habilidades necesarias para el cumplimiento de sus funciones, aplicando los conocimientos y habilidades en sus puestos de trabajo; esto según informe presentado por el proceso de Talento Humano.
- Se realizó el Plan de Incentivos de la Entidad, en donde se premió al mejor empleado de la entidad, mejores empleados por nivel y mejor empleado de libre nombramiento y remoción, según resolución número 3261 de Noviembre 30 de 2011; se realizó un evento de proclamación para la entrega de incentivos el día 30 de noviembre en reunión con la participación de todos los funcionarios de la entidad.
- Mediante capacitación personalizada a cada evaluador, se socializó la metodología para efectuar la evaluación del desempeño, según los nuevos parámetros impartidos por el DAFP.
- Se desarrollaron actividades de formación, encaminadas a fortalecer las competencias de los auditores internos de calidad en lo referente a la actualización en la NTCGP 1000:2009 y se realizó diplomado en MECI CALIDAD, a nuevos funcionarios de la entidad, el cual fue realizado por la ESAP.

#### **ESTILO DE DIRECCION:**

- Revisión, aprobación y adopción de documentación del Sistema Integral de Gestión, por parte del Comité Coordinador del Sistema de Control Interno y Calidad.
- Revisión por la Dirección al Sistema Integral de Gestión del FPS MECI-CALIDAD, de la cual como resultado se emiten una serie de recomendaciones para su mejora y mantenimiento.
- Se efectuó un seguimiento a los diferentes compromisos adquiridos por los comités y a la autoevaluación al desempeño de los procesos de la entidad (mediante el sistema de medición a través de indicadores los cuales se monitorean periódicamente al cumplimiento de los objetivos y políticas institucionales).
- Durante el periodo evaluado como producto del control a las políticas de la dirección se documentan en el plan de mejoramiento institucional y el plan de manejo de riesgos según se trate de acciones de tipo correctivo o preventivo.
- Se Utilizó la página WEB como un mecanismo ágil para transmitir información al usuario sobre la gestión de la entidad y facilitar el control de la gestión y el control social.
- Desde el año 2010, se viene implementando y mejorando el sistema de correspondencia y gestión documental ORFEO, el cual ha servido como instrumento de avance en la calidad en el manejo de toda la documentación que la entidad tiene bajo su responsabilidad, así mismo ha servido como control de todas peticiones de nuestros usuarios.
- Durante el primer semestre de 2011, se efectuó la respectiva pre-auditoria y auditoria con el fin de lograr la certificación en NTCGP 1000:2000 e ISO 9001:2008; la cual fue otorgada por la empresa certificada BUREAU VERITAS.

#### **PLANES Y PROGRAMAS:**

- Verificados los resultados de los indicadores de los diferentes planes y procesos, ubica el cumplimiento de las metas en calificación satisfactoria, permitiendo concluir que las expectativas que la entidad tenía contempladas se han venido cumpliendo.
- Se divulgaron constantemente los elementos de Direccionamiento Estratégico: Visión, Misión, Política de Calidad y Compromisos de Calidad.
- Se pudo verificar que dentro de la divulgación de la política de calidad respondió a las expectativas de los usuarios y reflejó el compromiso de la entidad por el mejoramiento continuo y el cumplimiento de los objetivos de calidad.
- Se formularon, divulgaron y autoevaluaron y se realizó el respectivo seguimiento y evaluación al cumplimiento de los planes: Estratégico, Indicativo, Desarrollo Administrativo, Plan de Acción, todos ellos contemplando las acciones, productos, metas, cronogramas y responsables, acordes con el quehacer misional de la entidad.
- De igual manera se cuenta con una serie de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad para medir y evaluar el grado de avance en la ejecución de todos los planes de la entidad.

#### **MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS:**

- A partir del año 2008 se definió y aprobó el Modelo de Operación por Procesos de la entidad, el cual contempla los procesos con sus respectivas caracterizaciones, en donde se identifican las interrelaciones entre los procesos, proveedores, insumos, actividades, clientes, productos, indicadores, normas; entre otros; definiendo y adoptando el Mapa de Procesos del FPS; de igual manera durante el periodo evaluado se han venido

modificando de acuerdo a las necesidades y modificaciones de las diferentes actividades que posee cada proceso; modificaciones que con evaluadas por el Comité de Control Interno y de Calidad de la Entidad.

#### **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:**

- La estructura organizacional del FPS, facilita la gestión de los procesos y dada la complejidad y especialización requerida para que la entidad pueda cumplir a cabalidad sus objetivos institucionales, se hizo necesario crear grupos de trabajo internos, los cuales permiten desarrollar de manera eficiente y eficaz las políticas, objetivos, planes y programas, a través de los diferentes procesos.

#### **CONTEXTO ESTRATEGICO:**

- Se efectuó el levantamiento del Plan de Manejo de Riesgos, el cual especifica las actividades para su re-evaluación de riesgos antiguos y evaluación de nuevos posibles riesgos, la metodología que se debe seguir para efectuar ajustes en el mapa y plan de manejo de riesgos después de su verificación y monitoreo por parte del proceso de seguimiento y evaluación independiente.
- De igual manera con el seguimiento al plan de manejo de riesgos se ha verificado la efectividad de los controles establecidos para los riesgos existentes y la posibilidad de la creación de unos nuevos a partir del estudio de cada uno de los riesgos, después de su estudio por parte de la alta Dirección.
- La guía para la administración del riesgo se encuentra debidamente publicada en la página de la entidad.
- Se han elaborado y socializado los respectivos planes de contingencia para los riesgos que lo han requerido.

### **Subsistema de Control de Gestión**

#### **Dificultades**

- A pesar de haberse definido y documentado la Política de Comunicación e Información a nuestros usuarios, se hace necesario continuar avanzando en su socialización, en la medición de su efectividad e impacto.
- De igual manera a pesar de la implementación de un nuevo sistema de información y gestión documental y el montaje de una nueva planta telefónica, no se ha avanzado en la medición de la efectividad e impacto de los cambios implementados en función del servicio que se encuentra prestando a nuestros usuarios.

#### **Avances**

##### **POLITICAS DE OPERACIÓN:**

- Las políticas de operación por procesos se viene aplicando en el desarrollo de la gestión de cada proceso, la cual se midió a través de los indicadores institucionales y por procesos; seguimiento que se efectuada a cada uno de los procesos de la entidad.
- Se encuentra debidamente actualizado el manual de operación del Sistema Integral de Gestión del FPS MECI-CALIDAD, del cual se divulgaron las políticas de operación por procesos, la publicación de los tramites y formularios oficiales a través de medios tecnológicos o electrónicos, se actualizaron las tablas de retención documental conforme a los lineamientos de la NTCGP 1000:2009.

##### **PROCEDIMIENTOS:**

- Los procedimientos a través de los cuales se desarrollan los procesos están debidamente documentados y para su divulgación la entidad cuenta con la herramienta "Sistema Integrado de Procedimientos", dispuesta en la página intranet con acceso permanente para consulta por parte de todos los funcionarios.
- La actualización de los procedimientos es concedido como un proceso dinámico y se ha venido llevando a cabo con los cambios surgidos por la normatividad y la implementación del Sistema Integral de Gestión en alineación con la norma NTGP 1000:2009 que establece como requisito la documentación de procedimientos obligatorios.
- La estructura de los procedimientos garantiza una descripción detallada de las actividades necesarias para la ejecución del hacer de cada proceso. Los procedimientos de la entidad están debidamente articulados a través del vínculo "Interrelación de Procedimientos" del SIP, que permite identificar la secuencia de actividades y responsables para la ejecución de las tareas y funciones asignadas a la entidad. En la actualidad todos los procesos cuentan con procedimientos para su operación y control.

- Se verificaron la aplicación de los puntos de control definidos en los procedimientos como parte de las auditorías practicadas durante el periodo evaluado.

#### **INDICADORES:**

- Se cuenta con un procedimiento que define la metodología para la formulación y modificación de indicadores. En cumplimiento
- 
- 
- de dicho procedimiento, la oficina de Planeación y Sistemas efectuó la revisión de las respectivas hojas de vida de los indicadores para evaluar su pertinencia y posterior incorporación en las matrices de indicadores estratégicos y por proceso los cuales fueron evaluados trimestralmente.
- El resultado de los indicadores de gestión fue insumo para el desarrollo de la revisión por la Dirección del Sistema Integral de Gestión MECI-CALIDAD y a partir de la identificación de las debilidades de los procesos se documentaron las acciones de mejoramiento necesarias en el Plan de Mejoramiento Institucional. Además los resultados arrojados por el sistema de medición a través de indicadores ha permitido evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos de calidad y en general el desempeño del Sistema Integral de Gestión (Actas de reuniones realizadas por la Dirección, informes de desempeño de los procesos, entre otras).
- Durante el periodo evaluado, se han aprobado 68 hojas de vida de indicadores (estratégicos y por proceso); correspondiente a todos los procesos de Gestión en los cuales tenemos Servicios de Salud; Medición y Mejora; Direcciónamiento Estratégico y Asistencia Jurídica, Gestión Documental entre otros; obteniendo un avance del 61%; del total de indicadores con hoja de vida definidos y aprobados en el sistema de medición institucional.

#### **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS:**

- El manual de procesos y procedimientos se encuentra publicado en la página de intranet y puede ser consultado por todos los funcionarios de la entidad, incluidos los funcionarios de las oficinas de las ciudades fuera de Bogotá, a través de los equipos de cómputo debidamente habilitados, su acceso es libre y no requiere ningún tipo de clave de acceso, permite ubicar dicha información de manera fácil y confiable; de igual manera se puede identificar el número de funcionarios que han consultado el citado contenido.
- Los responsables de los procesos al identificar cambios en los procedimientos proceden a efectuarse su actualización; cambios que pueden ser de orden técnico, administrativo o legal.

#### **INFORMACION:**

- Como medios para la recepción de las sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos de parte de los usuarios, partes interesadas y ciudadanía en general, se dispone de la Oficina de Atención al Usuario en Bogotá, de los correos electrónicos institucionales.
- La información suministrada por los usuarios se constituye en insumo para la medición del cumplimiento de los objetivos estratégicos contemplados en el Plan estratégico de la entidad y es presentada como insumo para la Revisión por la Dirección del Sistema Integral de Gestión (MECI-CALIDAD), las acciones de mejoramiento quedan consignadas en las respectivas actas del comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Calidad para su posterior documentación en el plan de mejoramiento o Plan de manejo de riesgos según corresponda.
- De igual manera el medio utilizado para la obtención sobre las necesidades y prioridades en la prestación del servicio y sobre la información requerida para la gestión de la entidad conto con mecanismos como: Veedurías de Salud, Encuestas de Satisfacción del Usuario, Comités de Evaluación (locales, regionales y nacionales) de los servicios de salud, rendición de cuentas a la ciudadanía, Consejo Directivo entre otras.
- Para recibir sugerencias o recomendaciones por parte de los servidores de la Entidad, se contó con los siguientes mecanismos: Comisión de Personal, Comité Paritario de Salud Ocupacional, Diagnostico de necesidades de Capacitación y Bienestar.
- Las fuentes internas de información (manuales, informes, actas, actos administrativos) se encuentran organizadas y custodiadas de acuerdo con lo establecido en las tablas de retención documental y han sido publicadas en la página WEB del FPS o Intranet según corresponda, garantizando fácil acceso a estas, para el desarrollo de los procesos.
- Se utilizaron mecanismos de retroalimentación de la percepción del cliente tales como: Encuesta de Clima Organizacional, Encuesta de Necesidades de Capacitación, Reuniones de trabajo, capacitaciones, encuestas de impacto de capacitaciones y eventos de inducción y re inducción, cuentas de correo electrónico, entre otros.

## **SISTEMAS DE INFORMACION:**

- La entidad cuenta con sistemas de información para el manejo organizado de la correspondencia (programa Orfeo), del archivo de gestión del FPS (Programa Doc-Plus), Sistema Integrado para los inventarios, bienes muebles e inmuebles, activos Fijos, nómina de personal, nómina de pensionados, contabilidad – presupuesto – tesorería (Programa Safix); entre otros.
- Se cuenta con herramientas las cuales garantizan los principios de la seguridad de la información tales como: integridad, disponibilidad, no repudio etc. Adicionalmente semanalmente se efectúan copias de seguridad cada responsable por proceso
- Las responsabilidades del manejo de la información que genera la entidad y de los medios utilizados para su circulación están claramente definidas en procedimientos como: Gestión de flujos de información, publicación y actualización de información en medios electrónicos, creación de usuarios en el sistema, copias de seguridad de usuarios, matriz primaria y secundaria.
- Los sistemas de información permiten el manejo de la comunicación en temas como: Publicación de Audiencia pública de rendición de cuentas, Elaboración y control de documentos internos, actualización y control de Normograma Institucional, Recepción y trámite de quejas y reclamos a través de líneas telefónicas; recepción y trámite de quejas y reclamos presentadas personalmente; Transferencias documentales a archivo central y copias de seguridad de usuarios.

## **COMUNICACIÓN PUBLICA:**

- El día 25 de Noviembre del año en curso se desarrolló de acuerdo a la programación audiencia sobre la gestión adelantada en la vigencia 2010. Consecuencialmente, responder ante la ciudadanía por las acciones y decisiones que se adoptaron en el periodo anotado, con fundamento en el deber de desarrollar la gestión acorde con los principios de democracia participativa y democratización de la gestión pública, con fundamento en lo previsto en los artículos 32 y 33 de la Ley 489 de 1998; de la cual cabe resaltar los siguiente:
  - ✓ La obtención de la certificación de la Entidad bajo las normas de calidad, el alto grado de cumplimiento del Plan de Desarrollo Administrativo y de la ejecución del Plan de Acción que llegó al 95%, la implementación del nuevo portal web, así como el avance en el cumplimiento del Plan de Mejoramiento de la CGR.
  - ✓ La prestación de los servicios a que estamos obligados, se realiza oportunamente y sin intermediación alguna. Se destaca el altísimo número de novedades tramitadas en materia de salud durante el año 2010, la continua presencia en los comités de evaluación y la eficacia de las auditorías realizadas. A su vez, la gestión de los servicios de salud fue presentada de manera concreta y soportada con datos y estadísticas claras en relación con las distintas actividades asistenciales, consultas de diversas clases, hospitalizaciones y actividades de protección específica y detección temprana, mereciendo resaltarse el elevado porcentaje de satisfacción del usuario.
  - ✓ Asimismo, debe hacerse notar el importante número de prestaciones tramitadas en el proceso de gestión de prestaciones económicas, tanto en relación con pensionados de FNC, como de Incora, Caja Agraria y Alcalis de Colombia.
  - ✓ Además, de la presentación de los datos concernientes al proceso de atención al usuario, se insistió como política institucional en la vocación de disposición permanente para la atención inmediata y eficaz, bien sea personalizada o por cualquier otro medio, a nuestra población beneficiaria.
  - ✓ Merece destacarse como resultado de la adecuada y eficiente gestión de la entidad, el fenecimiento de la cuenta por parte de la Contraloría General de la República, derivada de un minucioso y prolongado control de gestión realizado a la cuenta de 2010, en el cual se comprobó que las operaciones financieras, administrativas y económicas se realizaron en un todo ceñidas a la normatividad y a los procedimientos aplicables, se destacó la oportunidad en que fue presentada la cuenta anual consolidada por la vigencia fiscal 2010, cumpliéndose los plazos previstos en la Resolución Orgánica No.5544 del 2003; en relación con la ponderación de la Gestión Misional y la Gestión de los Recursos Públicos se emitió un concepto favorable con calificación de 86.3 en cuanto a la gestión y resultados.
  - ✓ Respecto a los Estados Financieros Contables se emitió una opinión sin salvedades; el grado de implementación y efectividad de los controles asociados a las actividades de los procesos contables se calificó como adecuado con una nota de 4.7 sobre 5; se comprobó que la entidad adelantó de manera eficiente el reconocimiento de las prestaciones económicas de los pensionados de

Ferrocarriles, Alcalis y Caja Agraria, se constató que el proceso de contratación cumplió a cabalidad con la normatividad respectiva e igualmente se destacó la correcta ejecución de las labores de interventoría y supervisión; la evaluación del sistema de Control Interno fue calificado como bueno, por lo confiable, siendo su desarrollo adecuado y el nivel de riesgo bajo; los Contratos suscritos en materia de Salud bajo la modalidad de urgencia manifiesta en su oportunidad fueron hallados acordes a la ley; en términos generales las labores de Defensa Judicial fueron calificadas como satisfactorias.

## Subsistema de Control de Evaluación

### Dificultades

- Durante el periodo evaluado se detectó la falta de implementación de los planes de mejoramiento individual de los servidores de carrera como parte de un sistema de mejora continua institucional.

### Avances

- Se definieron, divulgaron e implementaron herramientas para la autoevaluación de los controles cuyo resultados los muestran los Informes de desempeño de los procesos, informes de auditorías, Auditorias de calidad, Informes de auditorías de la Contraloría General de la Republica, Informes de Quejas y Reclamos e informe de revisión por la Dirección.
- El proceso de seguimiento y evaluación independiente realizo evaluación bimensual y trimestral a la implementación del Sistema Integral de Gestión del FPS MECI-CALIDAD presentando los resultados ante las instancias respectivas a nivel interno y externo como son ante la Presidencia de la Republica y al Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.
- El plan de mejoramiento de la CGR, cuenta 2010 fue elaborado por los responsables de los procesos, revisado y aprobado por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno y el Director General y radicado ante la Contraloría General de la Republica, con oficio OPS 20111200135241 de Agosto 24 de 2011.
- Los avances al cumplimiento del plan de mejoramiento con relación a los hallazgos de la CGR, arrojo el siguiente resultado con corte a 30 de Septiembre de 2011; El grado de avance del plan de mejoramiento es del 68,82% y el cumplimiento individual del plan a la fecha de la evaluación, es de 89,69%.
- El plan de mejoramiento se ha constituido en la herramienta fundamental para la mejora continua del Sistema Integral de Gestión (MECI-CALIDAD) en la medida que ha permitido identificar las causas de las debilidades en la gestión y ha facilitado la aplicación de los correctivos necesarios y su control.
- El seguimiento del avance a las actividades trazadas en el plan de mejoramiento se realiza por parte del Proceso de Seguimiento y Evaluación Independiente de manera trimestral.
- La entidad ha unificado el reporte de los planes de mejoramiento , tanto el de la CGR como el institucional , el cual incluye tanto las auditorías de evaluación independiente, auditorias de calidad y la practicas por la Contraloría General de la Republica; dicha unificación busca facilitar la administración de la mejora continua de los procesos.

## Estado general del Sistema de Control Interno

- Como resultado de las diferentes actividades de autoevaluación por parte de los procesos y de las ejecutadas por seguimiento y evaluación independiente; puede concluirse que el Sistema Integral de Gestión (MECI-CALIDAD) implementado por el FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FCN ha contribuido a generar cambios positivos que han permitido un mejoramiento de los procesos y contribuido a la formación de una cultura de calidad, propiciando cada vez mejores niveles de eficacia, eficiencia y efectividad para el logro de los objetivos institucionales.
- Con la implementación de estas dos herramientas se ha avanzado en el control, el desempeño y capacidad de la entidad para proporcionar servicios que responden a las expectativas de los usuarios y se está dando cumplimiento a los requisitos de las normas NTCGP 1000:2009 y MECI 1000:2005.
- El sistema de Control Interno de la Entidad ha evolucionado positivamente en relación con las vigencias anteriores, como se evidencia el informe de la Contraloría General de la Republica, ya que su calificación mide la existencia y aplicación de controles en cada uno de los procesos y actividades de la Entidad. El resultado obtenido, a través de la herramienta diseñada para la valoración de este en la Guía de auditoria Audite 4.0 Ubica a la entidad con un sistema de Control Interno CONFIABLE y su desarrollo ADECUADO.

## Recomendaciones

- Continuar con la socialización de la misión, visión, objetivos y política de calidad, del código de valores y conducta ética a nivel de usuarios y ciudadanía en general; a través de actividades donde participen la totalidad de los funcionarios del FPS
- Fortalecer el seguimiento y evaluación de la satisfacción de los usuarios internos y externos de la Entidad
- Continuar las actividades de formación, encaminadas a fortalecer las competencias de los auditores internos de calidad, en habilidades requeridas para mejorar su desempeño, en temas tales como: preparación de auditorías, redacción de hallazgos, técnicas de auditorías y otros.
- Culminar la actualización de los procedimientos de tal forma que se ajusten en el 100% a los lineamientos del SIG.
- Realizar capacitaciones a los funcionarios de la entidad sobre administración documental.
- Actualización y divulgación del manual de practica contables, estableciendo los controles de los procedimientos del proceso contable
- Divulgación de la política de administración del riesgo, mapa de riesgos, plan de manejo de riesgos e informes de evaluación al sistema de riesgos del FPS.
- Documentación de planes de contingencia, para los casos en que se presenten fallas en algún nivel de desarrollo de los procesos.
- Proceder a la implementación del procedimiento de hojas de vida y evaluación de proveedores
- Implementar un plan de contingencia que garantice la custodia de las evidencias del envío de las cuentas de cobro por medio electrónico.
- Sensibilización a todos los servidores, sobre la cultura de la autoevaluación del control (acciones correctivas y acciones preventivas).
- Implementar un control de las fechas propuestas para la ejecución de las actividades programadas en el plan de mejoramiento institucional para garantizar su estricto cumplimiento.
- Enfatizar para que en los procedimientos referentes a autoevaluación, control y formulación de acciones correctivas o preventivas se prioricen los análisis de causa y efectividad de las acciones correctivas implementadas, pues se ha detectado que en algunos casos a pesar de ejecutarse las acciones propuestas, los resultados no atacan las causas que originan el hallazgo

**JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA**  
Director General.

**Reviso:** Antonio José Serrano M.

**Elaboro:** Ingrid Yaneth Ovalle P.