

**DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO BAJO LA  
METODOLOGIA DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI  
1000:2005, EN LA UNIDAD NIVEL I CALDONO – CAUCA DURANTE EL  
PERIODO ABRIL DE 2007 A FEBRERO 2008**

**ALIX LILIANA SALAZAR VILLAMARIN  
CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS  
CARLOS IVAN SALAZAR VILLAMARIN  
FLORENCIO PAGUANQUIZA VILAÑA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
ESCUELA DE ADMINISTRACION Y NEGOCIOS  
ESPECIALIZACION AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD CON  
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYÁN  
2008**

**DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO BAJO LA  
METODOLOGIA DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI  
1000:2005, EN LA UNIDAD NIVEL I CALDONO – CAUCA DURANTE EL  
PERIODO ABRIL DE 2007 A FEBRERO 2008**

**ALIX LILIANA SALAZAR VILLAMARIN  
CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS  
CARLOS IVAN SALAZAR VILLAMARIN  
FLORENCIO PAGUANQUIZA VILAÑA**

**DOCTORA  
NIDIA SATIZABAL  
CONTADORA PÚBLICA**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA  
ESCUELA DE ADMINISTRACION Y NEGOCIOS  
ESPECIALIZACION AUDITORIA Y GARANTIA DE CALIDAD EN SALUD CON  
ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA  
POPAYÁN  
2008**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del Jurado**

---

**Firma del jurado**

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios ser supremo por darnos la vida y la ruta de nuestra existencia,

A nuestras familias por su amor, dedicación, sacrificio y comprensión para el logro de nuestros triunfos.

Al personal de la Unidad de Salud de Caldon, a su grupo directivo, asistencial y administrativo, por su colaboración y participación en la realización del presente trabajo.

A la Doctora Nidia Satizabal, asesora temática y de metodología quien con su conocimiento y acertada orientación contribuyo al desarrollo de este trabajo.

A nuestros amigos por su apoyo incondicional, tolerancia y cariño.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	17
1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA	20
1.1 CONTEXTO DEL PROBLEMA	20
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA	21
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	21
2. JUSTIFICACION	22
3. MARCO TEORICO	23
3.1 INSTITUCION DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACION	23
3.1.1 Naturaleza Jurídica	23
3.1.2 Misión	23
3.1.3 Visión	24
3.1.4 Objeto	24
3.2 MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO	24
3.2.1 Generalidades	24
3.2.2 Historia del Control Interno en Colombia	25
3.2.3 Marco Conceptual de Modelo	31
3.2.3.1 Principios del Modelo Estándar de Control Interno	33
3.2.3.2 Compatibilidad con otros Sistemas de Gestión	34
3.2.3.3.1 Objeto	34
3.2.3.3.2 Objetivos de Control de Cumplimiento	35
3.2.3.3.3 Objetivos de Control Estratégico	35
3.2.3.3.4 Objetivos de Control de Ejecución	36
3.2.3.3.5 Objetivos de Control de Evaluación	36
3.2.3.3.6 Objetivos de Control de Información	37
3.2.3.4 Estructura de Control	38

3.2.3.4.1	Subsistema de Control Estratégico	38
3.2.3.4.1.1	Componente Ambiente de Control	38
3.2.3.4.1.2	Componente de Direccionamiento Estratégico	39
3.2.3.4.1.3	Componente Administración del Riesgo	40
3.2.4.4.2	Subsistema de Control de Gestión	41
3.2.3.4.2.1	Componente Actividades de Control	41
3.2.3.4.2.2	Componente Información	43
3.2.3.4.2.3	Componente Comunicación Publica	44
3.2.3.4.3	Subsistema de Evaluación	45
3.2.3.4.3.1	Componente Auto Evaluación	45
3.2.3.4.3.2	Componente Evaluación Independiente	46
3.2.3.4.3.3	Componente Planes de Mejoramiento	46
3.2.3.5	Roles y Responsabilidades	48
3.2.3.5.1	Responsabilidad de la Alta Dirección	48
3.2.3.5.2	Representante de la Dirección	48
3.2.3.5.3	Comité de Coordinación de Control Interno	48
3.2.3.5.4	Servidores Públicos y/o Particulares que Ejercen Funciones Publicas	48
3.2.3.5.5	Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoria Interna o Quien Haga Sus Veces	49
3.2.3.6	Implementación del Modelo Estándar de Control Interno	49
3.2.3.6.1	Etapas 1: Planeación al Diseño e Implementación del Sistema de Control Interno	49
3.2.3.6.2	Etapas 2: Diseño e Implementación del Sistema de Control Interno	50
3.2.3.6.3	Etapas 3: Evaluación a la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno	50
3.2.3.6.4	Etapas 4: Normograma Sistema de Control Interno	51

4	OBJETIVOS	52
4.1	OBJETIVO GENERAL	52
4.2	OBJETIVO ESPECIFICO	52
5	PROPOSITO	53
6	METODOLOGIA	54
6.1	TIPO DE ESTUDIO	54
6.2	POBLACION DE ESTUDIO	54
6.2.1	Población	54
6.2.2	Muestra	54
6.3	RECOLECCION DE INFORMACION	55
6.4	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	55
7.	RESULTADO Y ANALISIS DE LA INFORMACION	56
7.1	DESCRIPCION ETAPA 1: PLANEACION AL DISEÑO E IMPLEMENTACION DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO – MECI 1000:2005	56
7.1.1	Adopción y Compromiso del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005	57
7.1.2	Definición de Instancias de Coordinación	58
7.1.3	Responsables	61
7.1.4	Definición de los Niveles de Implementación o Ajustes del Sistema de Control Interno	62
7.1.5	Elaboración del Plan de Trabajo	63
7.1.5.1	Normas de Funcionamiento	63
7.1.5.2	Definición de Actividades	64
7.1.5.3	Asignación de Responsabilidades	66
7.1.5.4	Cronograma de Actividades	66
7.2	Resultado y Análisis de los Elementos del Sistema MECI 1000:2005	66

7.2.1	Interpretación de resultados	66
7.2.2	Evaluación de los elementos del sistema de control interno en la entidad de salud de Caldono -Cauca	69
7.2.2.1	Subsistema de Control Estratégico	80
7.2.2.1.1	Ambiente de Control	81
7.2.2.1.1.1	Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos	82
7.2.2.1.1.2	Desarrollo del Talento Humano	84
7.2.2.1.1.3	Estilo de Dirección	87
7.2.2.1.2	Componente de Direccionamiento Estratégico	89
7.2.2.1.2.1	Planes y Programas	90
7.2.2.1.2.2	Modelo de Operaciones por Procesos	93
7.2.2.1.2.3	Estructura organizacional	96
7.2.2.1.3	Componente Administración del Riesgo	98
7.2.2.1.3.1	Contexto Estratégico	101
7.2.2.1.3.2	Identificación de Riesgos	103
7.2.2.1.3.3	Análisis del Riesgo	105
7.2.2.1.3.4	Valoración de Riesgo	105
7.2.2.1.3.5	Política de Administración del Riesgo	106
7.2.2.2	Subsistema de Control de Gestión	108
7.2.2.2.1	Actividades de Control	109
7.2.2.2.1.1	Políticas de Operación	111
7.2.2.2.1.2	Procedimientos	113
7.2.2.2.1.3	Controles	113
7.2.2.2.1.4	Indicadores	116
7.2.2.2.1.5	Manual de Procedimientos	118
7.2.2.2.2	Componente de Información	118
7.2.2.2.2.1	Información Primaria	119
7.2.2.2.2.2	Información Secundaria	120



7.2.2.2.2.3	Sistemas de Información	121
7.2.2.2.3	Componente Comunicación Publica	121
7.2.2.2.3.1	Comunicación Organizacional	123
7.2.2.2.3.2	Comunicación Informativa	123
7.2.2.2.3.3	Medios de Comunicación	123
7.2.2.3	Subsistema de Control de Evaluación	124
7.2.2.3.1	Componente de Auto Evaluación	125
7.2.2.3.1.1	Auto Evaluación de Control	126
7.2.2.3.1.2	Auto Evaluación de la Gestión	127
7.2.2.3.2	Componente de Evaluación Independiente	128
7.2.2.3.2.1	Evaluación del Sistema de Control Interno	130
7.2.2.3.2.2	Auditoria Interna	132
7.2.2.3.3	Componente Planes de Mejoramiento	135
7.2.2.3.3.1	Plan de Mejoramiento Institucional	138
7.2.2.3.3.2	Planes de Mejoramiento por Procesos	140
7.2.2.3.3.3	Planes de Mejoramiento Individual	141
7.3	IDENTIFICACIÓN DE FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO	143
7.4	PLAN DE TRABAJO A SEGUIR PARA IMPLEMENTAR EL MECI 1000/2005 EN LA UNIDAD NIVEL I DE CALDONO.	145
8	CONCLUSIONES	147
9	RECOMENDACIONES	149
	BIBLIOGRAFIA	151

## LISTA DE FORMATOS

	Pág.
FORMATO 1 Formato 1.2.1–1 Estructura del Mapa Estratégico	92
FORMATO 2 Formato 2.1.3 Diseño de Controles y Análisis de Efectividad	115
FORMATO 3 Formato 2.1.4 Diseño de Indicadores	117
FORMATO 4 Formato 3.2.1 Informe de Evaluaciones Eventuales Independientes de Control Interno	131

## LISTA DE GRAFICAS

		Pág.
GRAFICO 1	Subsistemas MECI Unidad de Salud de Caldono - Cauca	80
GRAFICO 2	Subsistema Control Estratégico - Ambiente de Control en la Unidad de Salud Nivel I de Caldono Cauca	82
GRAFICO 3	Subsistema Control Estratégico - Direccionamiento Estratégico en la Unidad de Salud Nivel I de Caldono - Cauca	90
GRAFICO 4	Subsistema Control Estratégico - Administración del riesgo en la Unidad de Salud Nivel I de Caldono- Cauca	99
GRAFICO 5	Subsistema Control Gestión -Actividades de control de la Unidad de Salud Nivel I de Caldono- Cauca	110
GRAFICO 6	Subsistema Control Gestión - Información de la Unidad de Salud Nivel I Caldono- Cauca	119
GRAFICO 7	Subsistema Control Gestión - Comunicación publica en la Unidad de Salud Nivel I Caldono- Cauca	122
GRAFICO 8	Subsistema Control Evaluación - Auto evaluación en la Unidad de Salud Nivel I Caldono- Cauca	126
GRAFICO 9	Subsistema Control Evaluación - Evaluación independiente en la Unidad de Salud Nivel I Caldono- Cauca	128
GRAFICO 10	Subsistema Control Evaluación 7 Planes de Mejoramiento de la Unidad de Salud Nivel I de Caldono	138

## LISTA DE ILUSTRACIONES

	Pág.
ILUSTRACION 1 Modelo Estándar de Control Interno	32
ILUSTRACIÓN 2 Ejemplo de un Mapa de Procesos	95
ILUSTRACIÓN 3 Insumos y Productos del Componente de Administración del Riesgo	101
ILUSTRACIÓN 4 Insumos y Productos del Componente Evaluación Independiente	130
ILUSTRACIÓN 5 Insumos y productos del Componente Planes de Mejoramiento	136

## LISTA DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	Cronograma General de Actividades de la Etapa de Planeación al Diseño e Implementación del Modelo Estándar de Control Interno -MECI 1000:2005	67
TABLA 2	Interpretación de Resultados del Manual de Implementación de MECI 1000:2005	68
TABLA 3	Frecuencias de las respuestas del manual de implementación de MECI 1000:2005	68
TABLA 4	Rangos y Criterios de Respuestas del Manual de Implementación de MECI 1000:2005	69
TABLA 5	Promedio de Calificación de las Respuestas del Cuestionario de Evaluación de los 29 Elementos del Sistema de Control Interno en la Unidad de Salud Caldono	70
TABLA 6	Resultado del Diagnostico del Sistema de Control Interno en la Unidad de Salud de Caldono	79
TABLA 7	Evaluación del Componente del Ambiente de Control de la Unidad Nivel I de Caldono Cauca	82
TABLA 8	Evaluación del Componente de Direccionamiento Estratégico	90
TABLA 9	Evaluación del Componente de Administración del Riesgo de la Unidad Nivel de Caldono Cauca	99
TABLA 10	Evaluación del Componente de Actividades de Control de la Unidad Nivel I de Caldono - Cauca	109
TABLA 11	Evaluación del Componente de Información de la Unidad Nivel I de Caldono – Cauca	119

TABLA 12	Evaluación del componente de comunicación Pública de la Unidad Nivel I de Caldono - Cauca	122
TABLA 13	Evaluación del Componente de Auto Evaluación de la Unidad Nivel I de Caldono - Cauca	126
TABLA 14	Evaluación del Componente de Evaluación Independiente de la Unidad Nivel I de Caldono - Cauca	128
TABLA 15	Evaluación del Componente planes de Mejoramiento de la Unidad Nivel I de Caldono - Cauca	138

## ANEXOS

	PAG
ANEXO 1 SISTEMA DE CONTROL INTERNO HOSPITAL DE CALDONO CAUCA ACTA N° 002	153
ANEXO 2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO HOSPITAL DE CALDONO CAUCA ACTO ADMINISTRATIVO N° 002	156
ANEXO 3 PROCEDIMIENTOS PARA TABULACION DE ENCUESTAS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	183
ANEXO 4 APLICATIVOS PARA LA REALIZACION DEL DIAGNOSTICO MECI 1000:2005	189
ANEXO 5 CRONOGRAMA	195

## INTRODUCCION

El gobierno nacional con el fin de modernizar la administración Pública ha diseñado herramientas técnico gerenciales que propendan por una mayor eficacia, eficiencia, efectividad y transparencia en la gestión de las entidades que conforman el sector público garantizando el cumplimiento de unos de sus principios fundamentales, como es el de satisfacer los intereses generales.

Siendo la Unidad de salud de Caldono una entidad Pública deberá acogerse a las políticas Públicas de Control, adoptando, implementando y desarrollando cada uno de los elementos de MECI 1000:2005 en la institución, que le permitirá contar con una estructura adecuada para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación todo lo cual arrojaría como resultado mejores niveles de gestión.

La Unidad de Salud Nivel I de Caldono (Cauca) en cumplimiento al del decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, mediante el cual, el Señor Presidente de la República previa revisión del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno adopta el Modelo Estándar de Control Interno para todas las entidades que contempla el artículo 5 de la Ley 87 de 1993 y la Circular 03 de 2005, del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, desarrolla la primera fase de aplicación del Modelo Estándar de Control Interno, que abarca la elaboración de un Diagnóstico de la entidad, el cual fundamenta su base conceptual y normativa en el MECI 1000:2005, el cual proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo adaptándose a las necesidades específicas de la entidad en mención, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran, además que le permite estar siempre atenta



a las condiciones de satisfacción de los compromisos contraídos con la ciudadanía, garantizando la coordinación de las acciones, la fluidez de la información y corregir oportunamente las debilidades que se presentan en el quehacer institucional.

El propósito esencial de la elaboración del presente diagnóstico es orientar a la entidad Hospitalaria, hacia el cumplimiento de sus objetivos y la contribución de éstos a los fines esenciales del Estado, para lo cual se evalúan todos los componentes del sistema estructurados en tres grandes subsistemas, desagregados en sus respectivos componentes y elementos de control, a saber:

Subsistema de Control Estratégico.- agrupa y correlaciona los parámetros de control que orientan la entidad hacia el cumplimiento de su visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas, además Subsistema de Control de Gestión: reúne e interrelaciona los parámetros de control de los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión planes, programas, procesos, actividades, procedimientos, recursos, información y medios de comunicación.

Subsistema de Control de Evaluación: agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación y evaluación.

Para la realización de este ejercicio fue fundamental el apoyo y convencimiento del Director general de la Unidad Nivel I de Caldoño en cuanto a la importancia de adelantar la primera fase con el propósito de mejorar el Sistema de Control Interno y de visualizar esta herramienta gerencial como un mecanismo de autoprotección, que le permita cumplir con eficiencia, eficacia, efectividad y transparencia la finalidad para la cual fue creada la entidad, y de todos los servidores quienes a través de la aplicación de una serie de encuestas suministraron la información

requerida para el análisis de la entidad.

Este proceso se complementa con la revisión y análisis de los documentos existentes y del desarrollo de jornadas de sensibilización dirigida a la planta de personal vigente, con el fin de proporcionar los conocimientos esenciales del Modelo Estándar de Control así como el manejo de la estructura, funcionalidad y beneficios de aplicar el Modelo en la entidad. Para tal efecto se realizaron dos talleres de capacitación y sensibilización donde se desarrolla la siguiente temática:

Taller I: 4 horas

- El Control Interno: Conceptualización, Origen, La visión totalizadora de la entidad y su control.
- Sistema de Control Interno. Clases y objetivos.
- Requisitos organizacionales para el funcionamiento del Control Interno.
- Instrumentos para realizar el Control Interno,
- Ventajas y Dificultades.

Taller II: 4 horas

- Normatividad e importancia del Control Interno
- Recomendaciones de mejoramiento.

Con base en los resultados del aplicativo para la realización del diagnóstico MECI 100:2005, el cual se consolida con la tabulación de todos los elementos de los respectivos subsistemas del Control Interno, se ha evaluado la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo como ADECUADO con una valoración de 3.01, lo que indica que aún se deben adelantar acciones de mejoramiento con base en la Ley 87 de 1993 y sus normas reglamentarias.

## **1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

### **1.1 CONTEXTO DEL PROBLEMA**

El entorno en que se mueve las instituciones de salud es de carácter dinámico tanto por los cambios continuos que se dan en el entorno económico, social, demográfica como normativo haciéndose cada vez más complejo la administración de estas entidades de salud, a su mismo Los problemas y las soluciones de una empresa tienden a cambiar en la medida en que se incrementan el número de empleados, número de afiliado, complejidad en la contratación, aumento en las cifras de ventas de servicio de salud y la complejidad de las operaciones. Según Greiner (1972), las organizaciones que no crecen en tamaño pueden conservar los mismos instrumentos de dirección y prácticas a lo largo de largos periodos de tiempo, de tal manera que constante y continuamente se están presentando complejas y nuevas situaciones a la que deben enfrentarse las instituciones de salud, que las obliga a desarrollar mecanismos de adaptación y buscar nuevas maneras de operación que les permitan sobrevivir en un medio de competitividad entre las entidades de salud.

La Unidad Nivel I de Caldon en el momento no cuenta con un sistema de control integral que le permita afrontar los diferentes riesgos financieros, económicos que se presenten o se puedan presentar en el futuro que desestabilicen a la entidad o frenen el mejoramiento continuo de la misma. Así que la implementación modelo estándar de control interno MECI 1000:2005 más que una norma obligatoria, es una necesidad de la institución de salud de Caldon ya que nos permitirá conocer la situación real de la empresa, es por eso, la importancia de tener una planificación que sea capaz de verificar que los controles se cumplan para darle

una mejor visión sobre su gestión para, contar con sólidas y bien estructuradas políticas – respetables y respetadas; contar información básica e indispensable para conocer la gestión y el desempeño sucedido; promover la eficiencia en operación y fortalecer la adherencia a las normas fijadas por la administración; proteger y resguardar sus activos, verificar su exactitud y confiabilidad de los datos contables, así como también llevar la eficiencia, productividad y custodia en las operaciones para estimular la adhesión a las exigencias ordenadas por la gerencia.

Implementando el modelo estándar de control interno MECI 1000: 2005 nos dará una herramienta necesaria para mejoramiento continuo de la institución ya que fortalecerá el sistema de gestión y de control de la entidad.

## **1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

La adopción MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000: 2005, le proporcionar a La Unidad Nivel I de Caldon (Cauca), la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación.

## **1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿La Unidad de Salud Nivel I de Caldon Cauca, cuenta con una herramienta de control y gestión que le permita evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación?

## **2. JUSTIFICACION**

En cumplimiento del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, mediante el cual, el Señor Presidente de la República previa revisión del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno adopta el Modelo Estándar de Control Interno para todas las entidades que contempla el artículo 5 de la Ley 87 de 1993, y la Circular 03 de 2005 de la ley 87 de 1993, toda entidad pública debe implementar la aplicación del MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO, que abarca la elaboración de un diagnóstico de la entidad, el cual fundamenta su base conceptual y normativa en el MECI para el estado Colombiano – MECI 1000-2005.

La Unidad Nivel I de Caldono no cuenta con la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo que se adapten a las necesidades específicas de la entidad en mención, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministra, lo cual no le permite estar siempre atenta a las condiciones de satisfacción de los compromisos contraídos con el cliente, por tanto en la Unidad Nivel I de Caldono no se garantiza la coordinación de acciones, fluidez de la información y corrección oportuna en los procesos y procedimientos que se presenta en el que hacer de la institución.

Es necesario que la Unidad Nivel I de Caldono implemente el modelo estándar de control interno que le permita orientar su plataforma estratégica de administración según la normatividad vigente.

### **3. MARCO TEORICO**

#### **3.1 INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1 Naturaleza Jurídica**

La Unidad Nivel I de Caldono, fue creada mediante, Acuerdo No. 043 de noviembre 10 de 1998, como un establecimiento público que depende de la Dirección Departamental de Salud del Cauca y a través de ella, del Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia, entidades de las cuales recibe directrices para ejercer la dirección y administración de los servicios de salud de conformidad con la Ley 100 de 1993. Mediante Resolución No. 001 de 1999, se estableció el Manual Específico de Funciones y Requisitos de los diferentes empleos de la Planta de Personal de la Unidad.

##### **3.1.2 Misión**

Promover la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y prestar el servicio de salud de conformidad con lo manifiesto en la Ley 100 de 1993, para alcanzar y preservar un nivel óptimo de bienestar biopsicosocial en el individuo, la familia y la comunidad, sin distinción de edad, sexo y étnia, aplicando criterios de eficiencia, eficacia y efectividad, con potencial humano altamente calificado y motivado a través de estrategias de desarrollo humano integral.

### **3.1.3 Visión**

La Unidad Nivel I Caldono, adscrita a la Dirección Departamental de Salud del Cauca, será la Institución Prestadora de Servicio líder en la promoción y prestación de servicios integrales de salud del norte del Departamento; en expansión y mejoramiento continuo, capaz de satisfacer las necesidades de salud de la totalidad de la comunidad y el bienestar de sus funcionarios y servidores públicos.

### **3.1.4 Objeto**

La prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención, como servicio público a cargo del estado y como parte de la seguridad social.

## **3.2 MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO**

**3.2.1 Generalidades.** La Constitución Política de 1991 incorporó el concepto del Control Interno como un instrumento orientado a garantizar el logro de los objetivos de cada entidad del Estado y el cumplimiento de los principios que rigen la función pública. Por su parte, la Ley 87 de 1993 establece normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismo del Estado, y la Ley 489 de 1998 dispuso la creación del Sistema Nacional de Control Interno. Con el fin de buscar mayor eficacia e impacto del Control Interno en las entidades del Estado, el Departamento Administrativo de la Función Pública, promovió la adopción e implementación de un modelo de control interno, iniciativa que fue acogida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, que condujo

a la expedición del Decreto 1599 de 2005 “por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005”.

El Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), pone a disposición de las entidades públicas de los órdenes nacional y territorial, de los órganos de control del Estado, de todos los organismos competentes y de la ciudadanía en general, el presente Manual de Implementación y Desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno, a fin de promover la institucionalización del Control como herramienta de gestión y, de esta manera, facilitar el cumplimiento del mandato Constitucional.

Así Control Interno se define como el conjunto de principios, fundamentos, reglas, acciones, mecanismos, instrumentos y procedimientos que ordenados, relacionados entre sí y unidos a las personas que conforman una organización pública, se constituye en un medio para lograr el cumplimiento de su función administrativa, sus objetivos y la finalidad que persigue, generándole capacidad de respuesta ante los diferentes públicos o grupos de interés que debe atender.

El Control Interno por lo tanto no es un evento aislado, es más bien una serie de acciones que ocurren de manera constante a través del funcionamiento y operación de una entidad pública, debiendo reconocerse como un componente integral de cada sistema o parte inherente a la estructura administrativa y operacional existente en la organización pública, asistiendo a la dirección de manera constante, en cuanto al manejo de la entidad y alcance de sus metas se refiere.

**3.2.2 Historia del Control Interno en Colombia.** Para adentrarnos en el Modelo Estándar de Control Interno y de las bondades que este ofrece se hace indispensable entrar a revisar la historia del control interno con la intención de



explorar el porque este modelo le ofrece al país y a sus entidades publicas una alternativa que le facilita no solo el cumplimiento de los objetivos institucionales de las entidades sino que contribuye la legitimación del Estado colombiano.

Entre los aspectos temáticos sobre los cuales existió consenso en la Asamblea Nacional Constituyente convocada para introducir reformas sustanciales en el Estado Colombiano, las cuales quedaron consignadas en la Constitución de 1991 están los relativos al Control Fiscal, y a la necesidad de establecer el Control Interno en las entidades del Estado como un instrumento básico y fundamental para su administración. En el seno de esta Asamblea fueron presentadas diversas propuestas que recogían inquietudes de orden técnico y funcional planteadas por distintos grupos de la sociedad, las cuales apuntaban a cambiar el Sistema de Control existente con el fin de adaptarlo a las directrices, políticas económicas y organizativas que se formalizaban al instaurarse una nueva concepción del Estado Colombiano.

Esto, sumado a la nueva concepción de un Estado Social de Derecho, hizo que la Constitución de 1991 creara una serie de controles y sus respectivas instancias, esperando con ello garantizar la eficiencia, eficacia y transparencia de la administración pública y el cumplimiento de los fines esenciales del Estado.

Adicionalmente, el Artículo 1º de la Constitución Política, generó un cambio de radical importancia en materia de Control al crear el más importante de los controles, el Control Social, y otorgar participación a la sociedad en los asuntos públicos interviniendo no sólo la función administrativa de las entidades en particular, sino del Estado en general.

El artículo 209 de la Constitución Política a su vez, que reza “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación

y la desconcentración de funciones”. Incorporó el Control Interno como un soporte fundamental orientado a garantizar el logro de los objetivos de cada entidad del Estado, basado en el cumplimiento de los principios que rigen la administración del Estado en especial los de eficiencia, eficacia y transparencia, en la coordinación de las actuaciones entre las diferentes entidades que lo conforman, preparándolo adicionalmente para responder a los controles de orden externo y en especial al Control Ciudadano.

ARTICULO 269. En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la Ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas.

Lo anterior hace que el Control Interno en las entidades del Estado debe soportarse en la Constitución Política y dentro de ésta, en aquellos aspectos que le dan origen a sus formas de organización, a la manera como debe administrarse y controlarse, a los principios de administración pública que le son inherentes, orientándolo como el medio que es para lograr el cumplimiento de la finalidad social del Estado.

En virtud del artículo 209 y 269 de la Constitución política colombiana nace la ley 87 de 1993, y en un intento por darle un orden y mayor claridad al manejo del Sistema de Control Interno, dotándolo de institucionalidad y organización se expidieron varios Decretos el 1826 de 1994 por medio del cual se le asignan funciones al Comité de Coordinación de Control Interno, el Decreto 280 de 1996 por medio del cual se crea el Consejo Asesor del Gobierno Nacional, el cual fue modificado por el decreto 2145 de 1999, entre otros. Es el Consejo Asesor del gobierno nacional quien en 1997 formula y estructura un Sistema de Control Interno basado en cuatro fases: Ambiente de Control, Operacionalización de los Elementos, Documentación y Retroalimentación, a través del decreto 1537 de

2001, también reglamentario de la Ley 87 de 1993 incluye como una fase la Administración del Riesgo, adoptada como política por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

Conceptuar la base principal del Control Interno, a saber el Estado mismo, hace imperativo conocer sus formas de organización y las competencias que dentro de él corresponde a cada nivel, sector o entidad que lo conforman, constituyéndose en una fuente imprescindible de orientación metodológica y aplicativa para establecer la importancia del Control Interno, como soporte al cumplimiento de los objetivos de cada institución u organización pública y de los fines esenciales del Estado.

El análisis normativo y técnico reflejó que la ley 87 de 1993 desarrolló los fundamentos básicos del Control Interno que ordenaban los artículos 209 y 269 de la Constitución Política, mas no los aspectos estructurales del Control Interno que garantizaran uniformidad conceptual y técnica en la implementación del Sistema de Control Interno. A pesar de esto, la jerarquía jurídica que le otorga la Constitución y la Ley al Control Interno, le da un valor inestimable al considerarlo como de obligatorio cumplimiento para todas las entidades del Estado y aporta la base constitucional y legal de los aspectos aplicativos del Sistema, pero las normas reglamentarias de la Ley 87/93 expedidas hasta la fecha han considerado aspectos relacionados con las instancias de articulación del Sistema, sus responsables, el cumplimiento de las obligaciones de información, la creación de órganos consultivos del Control Interno, sin definir aún oficialmente un marco de control estándar que permita implementar y operar de manera uniforme el Sistema de Control Interno en todas las entidades del Estado.

La falta de una estructura única de Control Interno no contemplada en la Ley 87 de 1993 y no desarrollada completamente hasta hoy en los diferentes reglamentos expedidos, han inhibido la posibilidad de que el Control Interno se implemente y se establezca en las entidades públicas de manera uniforme, con utilización de un

lenguaje común, estandarizando una estructura básica de control que en relación con las características propias de cada entidad pública garantice el cumplimiento de sus objetivos al tiempo que unifica criterios de control en el Estado, permite comparabilidad y decisiones posibles para su mejoramiento como totalidad.

Esta falta de uniformidad que proviene de la inexistencia de un Marco estándar del Control Interno para entidades del Estado, a desarrollarse e implementarse en cada entidad pública de acuerdo a su función dentro del Estado y a sus propias características, afecta la falta de consistencia conceptual, técnica y metodológica a la hora de implementar el Control Interno.

Se concluye entonces, la necesidad de reglamentar la Ley 87/93 para unir los conceptos básicos a un marco de control que la haga aplicable, o en su defecto, reglamentar una estructura de control única que garantice obligatoriedad, fuerza vinculante y uniformidad en su implantación y que en respeto de las características específicas de cada entidad pública, aborde la dispersión conceptual existente y facilite una función administrativa del Estado con plena coordinación entre sus diferentes instancias y niveles, una administración transparente y efectiva en el cumplimiento de su función.

Lo anterior permite concluir la necesidad de mayor eficacia e impacto del Control Interno en las entidades del Estado, a fin de elevar su contribución al cumplimiento de los objetivos de la institución pública en un marco de probidad, transparencia y eficiencia administrativa creando una estructura única de Control Interno, definiendo los parámetros básicos y los factores que garanticen su implementación y su efectividad para alcanzar los objetivos de gestión, y los resultados de orden financiero y de legalidad que impone la Constitución.

El Programa de Cooperación de USAID “Fortalecimiento de la Transparencia y la Rendición de Cuentas en Colombia”, operado y ejecutado administrativa y técnicamente por CASALS & ASSOCIATES INC. Contando con el apoyo

académico de la Universidad EAFIT y como un aporte a la iniciativa del Gobierno Colombiano de fortalecer el Control Interno, a partir del diagnóstico y del trabajo de apoyo realizado en veinticinco (25) entidades de Estado beneficiarias del Programa estructuró la Propuesta del Modelo de Control Interno que aquí se presenta, en la cual trabajaron veintiuna (21) de ellas, pertenecientes al nivel territorial del Estado.

La Propuesta buscó unificar los criterios y parámetros básicos del Control Interno para las entidades del Estado, aplicando el fundamento Constitucional de República unitaria que lo instituye como una sola Empresa, procurando construir la mejor forma de armonizar los conceptos de control, eliminando la dispersión conceptual existente, permitiendo una mayor claridad sobre la forma de instrumentar una función administrativa del Estado eficiente, eficaz, transparente y efectiva en el cumplimiento de sus fines sociales.

Así el programa puso a consideración del Departamento Administrativo de la Función Pública un modelo de control interno estandarizado para ser implementado en Colombia con la intención de que el sistema de control interno cumpliera sus objetivos de estandarizar la manera sobre como controlar diferentes actuaciones de los servidores públicos, la ejecución de los procesos y el ejercicio del autocontrol.

Este modelo fue revisado por el DAFP y sometido a consideración del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno quien cuando lo considero procedente sometió a consideración al Presidente de la República su adopción. Es así como a través del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, el señor Presidente de la República adoptó para el Estado Colombiano un Modelo Estándar de Control Interno que tiene como finalidad proporcionar una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación de las entidades del Estado, para orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y su contribución a los fines esenciales del Estado, con la circular 003 del 27 de

septiembre de 2005 se define los lineamientos generales para la planificación del diseño e implementación del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005.

**3.2.3 Marco Conceptual de Modelo.** El marco conceptual establecido en el Decreto 1599 de 2005, sienta las bases conceptuales y técnicas bajo las cuales se estructura. El anexo técnico de MECI1000:2005 emitido por el DAFP establece:

Que este modelo de control interno proporciona una estructura para el control a la estrategia, la gestión y la evaluación en las entidades del Estado, cuyo propósito es orientarlas hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales y la contribución de estos a los fines esenciales del Estado. Este Modelo se ha formulado con el propósito de que las entidades del Estado obligadas puedan mejorar su desempeño institucional mediante el fortalecimiento del control y de los procesos de evaluación que deben llevar a cabo las Oficinas de Control Interno, Unidades de Auditoría Interna o quien haga sus veces. Para ello, las entidades deberán realizar una evaluación sobre la existencia, nivel de desarrollo o de efectividad de cada uno de los elementos de control definidos, a fin de establecer el diseño, desarrollo o grado de ajuste necesarios para su implantación y mejora.

La orientación de este Modelo promueve la adopción de un enfoque de operación basado en procesos, el cual consiste en identificar y gestionar, de manera eficaz, numerosas actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que hacen parte de un Sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación e interacción.

El Modelo Estándar de Control Interno para entidades del Estado, se genera tomando como base el artículo 1° de la Ley 87 de 1993, el cual se encuentra

compuesto por una serie de Subsistemas, Componentes y Elementos de Control, establecidos en la ILUSTRACION 1, de esta manera los vínculos existentes entre cada uno de ellos, bajo el enfoque sistémico que establece la citada Ley.

### ILUSTRACION 1. Modelo Estándar de Control Interno



Fuente: DAFP, MECI1000:2005

De esta forma, dado que el presente Modelo ha sido planteado como un Sistema, cada una de las partes que lo integra tiene unas características singulares y necesarias para el funcionamiento del mismo.

El presente Documento establecerá el marco conceptual del Modelo Estándar de Control Interno para entidades del Estado, el cual debe ser desarrollado mediante las metodologías, procedimientos e instructivos que el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP - establezca para la implementación del Sistema de Control Interno.

El Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP- administrará y distribuirá para todas las entidades del Estado obligadas, los instrumentos necesarios para el diseño, desarrollo e implementación de cada uno de los Elementos, Componentes y Subsistemas del Modelo Estándar de Control Interno.

**3.2.3.1 Principios del Modelo Estándar de Control Interno.** Los principios del Sistema de Control Interno se enmarcan, integran, complementan y desarrollan dentro de los principios constitucionales. Se han identificado los siguientes principios aplicables al Sistema de Control Interno:

a) Autocontrol: Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

b) Autorregulación: Es la capacidad institucional para aplicar de manera participativa al interior de las entidades, los métodos y procedimientos establecidos en la normatividad, que permitan el desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno bajo un entorno de integridad, eficiencia y transparencia en la actuación pública.



c) Autogestión: Es la capacidad institucional de toda entidad pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la Ley y sus Reglamentos.

**3.2.3.2 Compatibilidad Con Otros Sistemas de Gestión.** El Sistema de Control Interno es complementario del Sistema de Gestión de la Calidad y Desarrollo Administrativo. Es posible para una Entidad Pública, adaptar su Sistema de Control Interno existente, para que cumpla con los requisitos del presente documento. El Sistema de Control Interno debe entenderse como una herramienta que comparte algunos elementos con otros sistemas. Por lo tanto, es posible que la implementación de algunos de los requisitos de este documento permita el cumplimiento total o parcial de requisitos de otros sistemas. En la implementación del Sistema de Control Interno se debe tener cuidado especial en la identificación de estos elementos comunes, para evitar que se dupliquen esfuerzos.

Específicamente, para el caso de los sistemas de Gestión de la Calidad y de Control Interno, algunos elementos de convergencia se han identificado en el Anexo A de este documento.

**3.2.3.3.1 Objeto.** Este documento especifica los requisitos para un Sistema de Control Interno aplicable a entidades obligadas por la Ley 87 de 1993, el cual se constituye en una herramienta de gestión que permite establecer las acciones, las políticas, los métodos, procedimientos y mecanismos de prevención, control, evaluación y de mejoramiento continuo de la Entidad Pública. Para ello, se han identificado los siguientes objetivos específicos:

**3.2.3.3.2 Objetivos de Control de Cumplimiento.** Constituyen objetivos de Control al Cumplimiento de la función administrativa de la Entidad Pública los siguientes:

- a) Establecer las acciones que permitan a la Entidad garantizar el cumplimiento de las funciones a su cargo, con base en el marco legal que le es aplicable.
- b) Determinar el marco legal que le es aplicable a la Entidad, con base en el principio de autorregulación.
- c) Diseñar los procedimientos de verificación y evaluación que garanticen el cumplimiento del marco legal aplicable.

**3.2.3.3.3 Objetivos de Control Estratégico.** Constituyen objetivos de Control Estratégico de la Entidad Pública los siguientes:

- a) Crear conciencia en todos los Servidores Públicos sobre la importancia del control, mediante la generación y mantenimiento de un entorno favorable que permita la aplicación de los principios del Modelo Estándar de Control Interno.
- b) Establecer los procedimientos que permitan el diseño y desarrollo organizacional de la Entidad de acuerdo con su naturaleza, características y propósitos que le son inherentes.
- c) Diseñar los procedimientos necesarios, que permitan a la Entidad Pública cumplir la misión para la cual fue creada y proteger los recursos que se encuentren bajo su custodia, buscando administrar en forma diligente los posibles riesgos que se puedan generar.

**3.2.3.3.4 Objetivos de Control de Ejecución.** Constituyen objetivos de Control de Ejecución de la Entidad Pública los siguientes:

a) Determinar los procedimientos de prevención, detección y corrección que permitan mantener las funciones, operaciones y actividades institucionales en armonía con los principios de eficacia, eficiencia y economía.

b) Velar porque todas las actividades y recursos de la Entidad estén dirigidos hacia el cumplimiento de su misión.

c) Establecer los procedimientos, que garanticen la generación y registro de información oportuna y confiable necesaria para la toma de decisiones, el cumplimiento de la Misión y la Rendición de Cuentas a la Comunidad.

d) Diseñar los procedimientos que permitan llevar a cabo una efectiva comunicación interna y externa a fin de dar a conocer la información que genera la Entidad Pública de manera transparente, oportuna y veraz, garantizando que su operación se ejecute adecuada y convenientemente.

**3.2.3.3.5 Objetivos de Control de Evaluación.** Constituyen objetivos de Control de Evaluación de la Entidad Pública los siguientes:

a) Garantizar la existencia de mecanismos y procedimientos que permitan en tiempo real, realizar seguimiento a la gestión de la Entidad por parte de los diferentes niveles de autoridad, permitiendo acciones oportunas de corrección y de mejoramiento.

b) Establecer los procedimientos de verificación y evaluación permanentes del Control Interno.

c) Garantizar la existencia de la función de Evaluación Independiente de las Oficinas de Control Interno, Auditorías Internas o quien haga sus veces sobre la Entidad Pública, como mecanismo de verificación a la efectividad del Control Interno.

d) Propiciar el mejoramiento continuo del Control y de la Gestión de la Entidad, así como de su capacidad para responder efectivamente a los diferentes grupos de interés.

e) Establecer los procedimientos que permiten integrar las observaciones de los Órganos de Control Fiscal, a los planes de mejoramiento establecidos por la entidad.

**3.2.3.3.6 Objetivos de Control de Información.** Constituyen objetivos de Control a la Información de la Entidad Pública los siguientes:

a) Establecer los procedimientos necesarios para garantizar la generación de información veraz y oportuna.

b) Establecer los procedimientos que permitan la generación de la información que por mandato legal, le corresponde suministrar a la Entidad a los Órganos de Control Externo.

c) Garantizar la publicidad de la información que se genere al interior de la Entidad.

d) Garantizar el suministro de información veraz y oportuna para el proceso de Rendición de Cuentas Públicas.

**3.2.3.4 Estructura de control.** Con base en los Artículos 3º y 4º de la Ley 87 de 1993, el Modelo estándar de Control Interno estará integrado por Subsistemas, Componentes y Elementos.

**3.2.3.4.1 Subsistema de Control Estratégico.** Es el Conjunto de Componentes de Control que al interrelacionarse entre sí, permiten el cumplimiento de la orientación estratégica y organizacional de la Entidad Pública.

**3.2.3.4.1.1 Componente Ambiente de Control.** Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, otorgan una conciencia de control a la Entidad Pública influyendo de manera profunda en la planificación, la gestión de operaciones y en los procesos de mejoramiento institucional, con base en el marco legal que le es aplicable a la Entidad, esta conformado por los siguientes elementos:

- Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos. Elemento de Control, que define el estándar de conducta de la Entidad Pública. Establece las declaraciones explícitas que en relación con las conductas de los Servidores Públicos, son acordados en forma participativa para la consecución de los propósitos de la Entidad, manteniendo la coherencia de la gestión con los principios consagrados en la Constitución, la Ley y la finalidad social del Estado.

- **Desarrollo del Talento Humano:** Elemento de Control, que define el compromiso de la Entidad Pública con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del Servidor Público. Determina las políticas y prácticas de gestión humana a aplicar por la Entidad, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los Servidores Públicos del Estado.
- **Estilo de Dirección:** Elemento de Control, que define la filosofía y el modo de administrar del Gobernante o Gerente Público, estilo que se debe distinguir por su competencia, integridad, transparencia y responsabilidad pública. Constituye la forma adoptada por el nivel directivo para guiar u orientar las acciones de la Entidad hacia el cumplimiento de su Misión, en el contexto de los fines sociales del Estado.

**3.2.3.4.1.2 Componente Direccionamiento Estratégico.** Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, establecen el marco de referencia que orienta la Entidad Pública hacia el cumplimiento de su Misión, el alcance de su Visión y la conduce hacia el cumplimiento de sus objetivos globales, y lo conforman:

- **Planes y Programas.** Elemento de Control, que permite modelar la proyección de la Entidad Pública a corto, mediano y largo plazo e impulsar y guiar sus actividades hacia las metas y los resultados previstos.
- **Modelo de Operación por Procesos:** Elemento de Control, que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la Entidad

Pública, armonizando con enfoque sistémico la Misión y Visión Institucional, orientándola hacia una Organización por Procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de la Entidad Pública.

- Estructura Organizacional. Elemento de Control, que configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la Entidad Pública, permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su Misión.

**3.2.3.4.1.3 Componente Administración del Riesgo.** Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, permiten a la Entidad Pública evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades, para un mejor cumplimiento de su función, esta conformado por los siguientes elementos:

- Contexto Estratégico: Elemento de Control, que permite establecer el lineamiento estratégico que orienta las decisiones de la Entidad Pública, frente a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos producto de la observación, distinción y análisis del conjunto de circunstancias internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su función, misión y objetivos institucionales.
- Identificación de Riesgos: Elemento de Control, que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no bajo el control de la Entidad Pública, que

ponen en riesgo el logro de su Misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia.

- **Análisis del Riesgo:** Elemento de Control, que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivo y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la Entidad Pública para su aceptación y manejo.
- **Valoración del Riesgo:** Elemento de Control, que determina el nivel o grado de exposición de la Entidad Pública a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.
- **Políticas de Administración de Riesgos:** Elemento de Control, que permite estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de la Entidad Pública.

**3.2.3.4.2 Subsistema de Control de Gestión.** Conjunto de Componentes de Control, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y/o responsabilidad correspondientes, aseguran el control a la ejecución de los procesos de la Entidad Pública, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de su Misión.

**3.2.3.4.2.1 Componente Actividades de Control.** Conjunto de Elementos de Control que garantizan el control a la ejecución de la función, planes y programas de la Entidad Pública, haciendo efectivas las acciones necesarias al manejo de riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos, esta conformado por los siguientes elementos:



- Políticas de Operación: Elemento de Control, que establece las guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución de la Entidad Pública; define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de administración del riesgo previamente definidos por la Entidad.
- Procedimientos: Elemento de Control, conformado por el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso, controlando las acciones que requiere la operación de la Entidad Pública. Establece los métodos para realizar las tareas, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades.
- Controles: Elemento de Control, conformado por el conjunto de acciones o mecanismos definidos para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen en riesgo la adecuada ejecución de los procesos, requeridos para el logro de los objetivos de la Entidad Pública.
- Indicadores: Elemento de Control, conformado por el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de toda Entidad Pública. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la Entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.
- Manual de Procedimientos: Elemento de Control, materializado en una normativa de autorregulación interna que contiene y regula la forma de llevar a

cabo los procedimientos de la Entidad Pública, convirtiéndose en una guía de uso individual y colectivo que permite el conocimiento de la forma como se ejecuta o desarrolla su función administrativa, propiciando la realización del trabajo bajo un lenguaje común a todos los Servidores Públicos.

**3.2.3.4.2.2 Componente Información.** Conjunto de Elementos de Control, conformado por datos que al ser ordenados y procesados adquiere significado para los grupos de interés de la Entidad Pública a los que va dirigido. Hace parte fundamental de la operación de la Entidad al convertirse en insumo para la ejecución de los procesos y a su vez en producto de los mismos. Garantiza la base de la transparencia de la actuación pública, la Rendición de Cuentas a la Comunidad y el cumplimiento de obligaciones de información, esta conformado por los siguientes elementos:

- Información Primaria. Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos de fuentes externas provenientes de las instancias con las cuales la organización está en permanente contacto, así como de las variables que no están en relación directa con la Entidad, pero que afectan su desempeño.
- Información Secundaria. Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos que se originan y/o procesan al interior de la Entidad Pública, provenientes del ejercicio de su función. Se obtienen de los diferentes sistemas de información que soportan la gestión de la Entidad Pública.
- Sistemas de Información. Elemento de Control, conformado por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos utilizados para la generación de información,

orientada a soportar de manera más eficiente la gestión de operaciones en la Entidad Pública.

**3.2.3.4.2.3 Componente Comunicación Pública.** Conjunto de Elementos de Control, que apoya la construcción de visión compartida, y el perfeccionamiento de las relaciones humanas de la Entidad Pública con sus grupos de interés internos y externos, facilitando el cumplimiento de sus objetivos institucionales y sociales, en concordancia con lo establecido en el artículo 32 de la Ley 489 de 1998, esta conformado por los siguientes elementos:

- Comunicación Organizacional. Elemento de Control, que orienta la difusión de políticas y la información generada al interior de la Entidad Pública para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar de la Entidad.
- Comunicación Informativa. Elemento de Control, que garantiza la difusión de información de la Entidad Pública sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés y externos.
- Medios de Comunicación: Elemento de Control que se constituye por el conjunto de procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados por la Entidad Pública, para garantizar la divulgación, circulación amplia y focalizada de la información y de su sentido, hacia los diferentes grupos de interés.

**3.2.3.4.3 Subsistema de Evaluación.** Conjunto de Componentes de Control que al actuar interrelacionadamente, permiten valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno de la Entidad Pública; la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los planes y programas, los resultados de la gestión, detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la Organización Pública.

**3.2.3.4.3.1 Componente Autoevaluación.** Conjunto de Elementos de Control que al actuar en forma coordinada en la Entidad Pública, permite en cada área organizacional medir la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias al cumplimiento de los objetivos previstos por la Entidad, esta conformado por los siguientes elementos:

- Autoevaluación del Control: Elemento de Control que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas.
- Autoevaluación a la Gestión: Elemento de Control, que basado en un conjunto de indicadores de gestión diseñados en los Planes y Programas y en los Procesos de la Entidad Pública, permite una visión clara e integral de su comportamiento, la obtención de las metas y de los resultados previstos e identificar las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que

garanticen mantener la orientación de la Entidad Pública hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

**3.2.3.4.3.2 Componente Evaluación Independiente.** Conjunto de Elementos de Control que garantiza el examen autónomo y objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y resultados corporativos de la Entidad Pública por parte de la Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien haga sus veces.

Presenta como características la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza y debe corresponder a un plan y a un conjunto de programas que establecen objetivos específicos de evaluación al control, la gestión, los resultados y el seguimiento a los Planes de Mejoramiento de la Entidad, esta conformado por los siguientes elementos:

- Evaluación del Sistema de Control Interno: Elemento de Control, cuyo objetivo es verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la Entidad Pública.
- Auditoría Interna: Elemento de Control, que permite realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una Entidad Pública. Así mismo, permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés.

**3.2.3.4.3.3 Componente Planes de Mejoramiento.** Conjunto de Elementos de Control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las

desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de Autoevaluación, de Evaluación Independiente y en las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control, esta conformado por los siguientes elementos:

- Plan de Mejoramiento Institucional. Elemento de Control, que permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de orden corporativo de la entidad pública. Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus macro procesos o componentes corporativos debe operar la entidad pública para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, misión y objetivos en los términos establecidos en la Constitución, la Ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con los diferentes grupos de interés.
- Planes de Mejoramiento por Procesos. Elemento de Control, que contiene los planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y de las áreas responsables dentro de la Organización Pública, deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la Entidad en su conjunto.
- Planes de Mejoramiento Individual. Elemento de Control, que contiene las acciones de mejoramiento que debe ejecutar cada uno de los Servidores Públicos para mejorar su desempeño y el del área organizacional a la cual pertenece, en un marco de tiempo y espacio definidos, para una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad.

### **3.2.3.5 Roles y Responsabilidades.**

**3.2.3.5.1 Responsabilidad de la Alta Dirección.** La alta dirección debe asegurarse de que los diferentes niveles de responsabilidad y autoridad en materia de Control Interno, están definidas y comunicadas dentro de la Entidad.

**3.2.3.5.2 Representante de la Dirección.** Para efectos de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno que establece la presente Norma, el representante legal podrá delegar dicha función en el directivo de primer nivel de la respectiva Entidad competente para ello, quién actuará bajo las políticas establecidas por el Comité de Coordinación de Control Interno. A su vez la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del Modelo Estándar de Control Interno estará a cargo del Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno o quien haga sus veces en la respectiva Entidad.

**3.2.3.5.3 Comité de Coordinación de Control Interno.** El Comité de Coordinación de Control Interno se reunirá por lo menos cada dos (2) meses.

Deberá adoptar un reglamento interno y cumplir con las funciones establecidas en los Decretos 1826 de 1994 y 2145 de 1999.

**3.2.3.5.4 Servidores Públicos y/o Particulares que Ejercen Funciones Públicas.** Los Servidores Públicos y/o particulares que ejercen funciones

públicas, son responsables por la operatividad eficiente de los procesos, actividades y tareas a su cargo; por la supervisión continua a la eficacia de los controles integrados. Así mismo, por desarrollar la autoevaluación permanente a los resultados de su labor, como parte del cumplimiento de las metas previstas por la dependencia o unidad administrativa a la cual pertenecen.

**3.2.3.5.5 Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien Haga sus Veces.** La Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien haga sus veces, con base en los artículos 3º numeral d), 9º y 12º de la Ley 87 de 1993, es responsable por realizar la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno y la Gestión de la Entidad Pública, así como por el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, generando las recomendaciones correspondientes y asesorando a la alta dirección para su puesta en marcha.

**3.2.3.6 Implementación del Modelo Estándar de Control Interno.** La Entidad Pública debe establecer, documentar, implementar y mantener el Sistema de Control Interno mejorando continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad de acuerdo con los requisitos de este Modelo Estándar. Para ello la Entidad deberá surtir las siguientes etapas y actividades:

**3.2.3.6.1 Etapa 1: Planeación al Diseño e Implementación del Sistema de Control Interno.**

- Establecer el Compromiso de la Alta Dirección.
- Definir la Organización del Equipo de Trabajo.



- Definir los diferentes niveles de implementación o Ajuste del Sistema de Control Interno actual en términos del Modelo Estándar de Control Interno.
- Elaborar el Plan de Trabajo para el Diseño e Implementación.
- Definir Normas de Funcionamiento.
- Definir Actividades de desarrollo e implementación.
- Asignar Responsabilidades.
- Definir Cronograma de Actividades.
- Establecer los recursos que garanticen el desarrollo e implementación.
- Llevar a cabo la Capacitación del Grupo de Trabajo.
- Realizar Socialización a directivos de la Entidad.

#### **3.2.3.6.2 Etapa 2: Diseño e Implementación del Sistema de Control Interno.**

Para el Diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno se deberá llevar a cabo una evaluación sobre la existencia o estado de desarrollo e implementación de cada elemento de Control en la Entidad Pública y definir la actividad y responsables del diseño, ajuste o implementación utilizando para ello la metodología, procedimientos e instrumentos que para tal efecto defina el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP.

**3.2.3.6.3 Etapa 3: Evaluación a la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno.** La Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien haga sus veces en la Entidad Pública, llevará a cabo una evaluación permanente a los proceso de diseño, desarrollo e implementación del Modelo de Control Interno, garantizando con ello la efectividad del Sistema de Control Interno de la Entidad.

**3.2.3.6.4 Etapa 4: Normograma Sistema de Control Interno.** La Entidad Pública a fin de garantizar el control de cumplimiento, deberá elaborar un Normograma con las normas de carácter constitucional, legal, reglamentario y de autorregulación que le son aplicables, verificando a través del desarrollo del Modelo Estándar de Control Interno, el cumplimiento y todas y cada una de dichas normas<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> DAFP. Anexo técnico de modelos estándar de control interno para el estado Colombiano MECI 1000:2005, Bogota, Dc, 200

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVOS GENERALES**

- Contar con el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, como una herramienta que contribuya al mejoramiento de la gestión en la Unidad de salud Nivel I de Caldono- Cauca, durante el periodo abril 2007 a febrero de 2008.
- Realizar la primera fase de Planeación al diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, en la Unidad de Salud Nivel I Caldono –Cauca, durante el periodo abril 2007 a febrero de 2008.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las acciones que se deben realizar para la implementación al diseño y adopción del modelo estándar de control interno para entidades del estado Colombiano MECI 1000:20054.
- Establecer compromiso de la alta dirección de la Unidad de salud con la adopción del MECI 1000:2005.
- Definir los equipos directivos y operativos MECI 1000:2005, de la Unidad de Salud de Caldono Cauca.
- Realizar el diagnostico MECI 1000:2005, en la Unidad de Salud de Caldono.

- Elaborar Plan de Trabajo a seguir según los resultados de evaluación de los 28 elementos del MECI 100:2005, con el fin de hacer las recomendaciones pertinentes.

## **5. PROPOSITO**

El propósito esencial del presente estudio es:

- Implementar el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, como herramienta de control y gestión en la Unidad de Salud Nivel I de Caldono Cauca.
- Facilitar la toma de decisiones por parte de los directivos de la institución a través de la aplicación del MECI 1000:2005.
- Contribuir al mejoramiento continuo de la entidad, mejorando así la atención, la satisfacción de los usuarios.

## **6. METODOLOGIA PARA EL DIAGNOSTICO MECI 1000:2005**

### **6.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio descriptivo, administrativo, evaluativo aplicado.

### **6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

**6.2.1 Población.** La población corresponde a los 49 servidores públicos del Hospital de Caldono – Cauca.

**6.2.2 Muestra.** La muestra para el estudio corresponde a 45 empleados, donde cada uno de los empleados del Hospital tuvo la misma probabilidad de ser escogido (muestreo aleatorio simple), dicha selección de muestra se hizo a través de tablas de números aleatorios. El tamaño de muestra se determino a partir de la tabla N° 1 del anexo 1 de determinación del tamaño de muestra del manual de implementación Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5 %.

### **6.3 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Para el estudio se utilizó información primaria por tanto se recolectaron datos directamente de los servidores públicos. Los instrumentos utilizados para la recolección de la información fueron:

- Encuestas del aplicativo realización del diagnóstico
- Aplicativo para la irrealización del diagnóstico MECI
- Resultados del diagnóstico del sistema de control interno
- Formulario de evaluación de participantes capacitación
- Listado de participantes de capacitación

También se utilizó información secundaria proveniente de los diferentes sistemas de información que soportan la gestión de la entidad pública.

### **6.4 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

La información se procesó electrónicamente, utilizando la hoja de cálculo Excel cumpliendo las siguientes etapas:

- Revisión de los datos a partir para eliminar errores e inconsistencias.
- Digitación de datos.
- Filtro electrónico de datos para eliminar errores.
- Tabulación de las encuestas de diagnóstico MECI 1000:2005.

## **7. RESULTADO Y ANALISIS DE LA INFORMACION**

Los resultados y análisis del autodiagnóstico que le permita a la entidad examinarse y determinar el estado actual de cada uno de los elementos de los componentes de cada uno de los subsistemas de control estratégico, control de la gestión y control de la evaluación del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005, se presentan de forma paralela para el entendimiento y comprensión de la evaluación de cada uno de los elementos del sistema, ya que si separamos los resultados de los análisis se dificultaría el entendimiento de dichos elementos que se encuentran estrechamente relacionados uno con el otro.

Puesto que el trabajo esta encaminado a la planeación al diseño y adopción de modelo estándar de control interno MECI 1000: 2005, y parte de los resultados están direccionados por la circular 003 de 2005, Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial, o por las normas que la modifiquen o deroguen. En síntesis, presentamos una breve descripción de la primera etapa de MECI1000:2005.

### **7.1 DESCRIPCIÓN ETAPA PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECI 1000:2005**

Siguiendo los lineamientos establecidos en el Marco Conceptual definido en el Decreto 1599 de 2005 y la Circular No. 003 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno para las entidades del orden nacional y territorial, se Fija como acciones a desarrollar en la fase preparatoria para la implementación del Modelo Estándar de Control Interno, las siguientes actividades:

- Adopción y compromiso del modelo estándar de control interno MECI 1000:2005:
- Definición de instancias de coordinación.
- Definición de los niveles de implementación o ajuste del sistema de control interno:
  - Elaboración del plan de trabajo
  - Normas de funcionamiento
  - Definición de actividades
  - Asignación de responsabilidades
  - Cronograma de actividades

### **7.1.1 Adopción y Compromiso del Modelo Estándar de Control Interno MECI**

**1000:2005:** Se centra en el compromiso de la entidad con el Control Interno y en la capacidad del Nivel Directivo de visualizar esta herramienta gerencial, como un mecanismo de alto nivel de autoprotección a la función administrativa del Estado, que le permita cumplir con eficiencia, eficacia, economía y transparencia en todas sus actuaciones y esencialmente las orientadas al correcto manejo de los recursos públicos, la finalidad social que lo justifica como un Estado responsable que cumple con los preceptos de garantizar el bienestar general de todos los ciudadanos. De acuerdo circular No.003 de 2005 del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), que establece un acta de compromiso donde hacen manifiesto su interés en coadyuvar de manera directa y recurrente en la implementación del MECI 1000:2005. En dicha Acta deberá exponerse la importancia del mismo, los argumentos que justifican su implementación, el compromiso de los gerentes públicos con este propósito y la solicitud expresa a



todos los servidores públicos que conforman la Entidad para que participen activamente en la implementación del MECI 1000:2005, así El día 04 de abril de 2007 la Dirección de la Unidad Nivel I de Caldono firmó el Acta de Compromiso para la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005.

En ella los Directivos de la Unidad Nivel I de Caldono se comprometieron con el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno que se adopta en la Unidad Nivel I, conforme al Modelo Estándar de Control Interno ( anexo de acta de compromiso No. 002 de adopción MECI 1000:2005.

Igualmente se expide acto administrativo que autorregule el Sistema de Control Interno de la entidad y contendrá los conceptos básicos del Sistema, la estructura de control adoptada, los roles y responsabilidades de los diferentes niveles de la entidad frente al Control Interno y la creación de la función de evaluación independiente del Control Interno en cabeza del área organizacional o servidor público competente para ello, que debe cumplir como requisito primordial, su no intervención en la operación de la entidad a fin de mantener la neutralidad y objetividad que se predica de esta función. En cumplimiento circular No. 003 de 2005 del Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), el día 4 de abril de 2007 la dirección de la Unidad Nivel I de de Caldono a través del Acto Administrativo No. 002 adopta el Modelo Estándar de Control Interno – MECI – 1000:2005 en la Unidad Nivel I de de Caldono (Anexo Acto Administrativo No. 002).

**7.1.2 Definición de Instancias de Coordinación.** En lo referente a la Designación del Representante de la Dirección: El Representante Legal de la Entidad, como único responsable de establecer, desarrollar y mantener el Sistema de Control Interno, designo a el doctor Freddy Palechor Melenje para efectos de

garantizar operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno que establece el Anexo Técnico MECI 1000:2005. El directivo designado para el diseño e implementación del Modelo Estándar de Control Interno debe cumplir con los siguientes roles y responsabilidades:

1. Formular, orientar, dirigir y coordinar el proyecto de diseño e implementación del Modelo.
2. Asegurar que se desarrollen a cabalidad cada una de las etapas previstas para el diseño e implementación del Modelo.
3. Informar a la alta dirección sobre la planificación y avances del proyecto de diseño e implementación del Modelo.
4. Dirigir y coordinar las actividades del Equipo MECI.
5. Coordinar con los directivos o responsables de cada área o proceso las actividades que requiere realizar el Equipo MECI, en armonía y colaboración con los servidores de dichas áreas.
6. Hacer seguimiento a las actividades planeadas para el diseño e implementación del MECI, aplicando correctivos donde se requiera.
7. Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno las propuestas de diseño e implementación del Modelo, para su aprobación.

A demás se conforman Tres (3) grupos de trabajo, con diferentes niveles de

autoridad y responsabilidad frente al Control Interno: Uno de orden directivo, que actúa bajo las directrices de la máxima autoridad de la entidad a saber, y corresponde al ya conocido Comité de Coordinación de Control Interno; un Segundo Grupo el grupo operativo que se denomina equipo MECI, conformado por servidores públicos de la entidad de carácter multidisciplinario, el equipo MECI quedo constituido por el gerente, los integrantes del comité coordinador de control interno, así como cada uno de los jefes de dependencia dicho Equipo cumplirá los siguientes roles y responsabilidades:

1. Adelantar el proceso de diseño e implementación del Modelo bajo las orientaciones del representante de la dirección.
2. Capacitar a los servidores de la entidad en el Modelo.
3. Asesorar a las áreas de la entidad en el diseño e implementación del Modelo.
4. Revisar, analizar y consolidar la información para presentar propuestas de diseño e implementación del Modelo al representante de la dirección, para su aplicación.
5. Trabajar en coordinación con los servidores designados por área en aquellas actividades requeridas para el diseño e implementación del Modelo.

Un Tercer Grupo de trabajo denominado el grupo evaluador: integrado por el auditor interno y los servidores públicos a su cargo que tengan bajo su responsabilidad la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejora continúa del MECI 1000:2005 en el hospital.

### **7.1.3 Responsables**

Equipo directivo MECI 1000:2005

Doctor Cesar Edmundo Sarria

Director del hospital

Doctor Andrés Paz Sandoval

Cordinador de sistema de información

Esmeralda Cuspoca

Jefe de oficina de planeación

Doctor Freddy Palechor Melenje

Cordinador Médico

Representante de la Dirección

Doctor Freddy Palechor Melenje

Coordinador Médico

Equipo MECI 1000:2005

Licenciada Ramos Chata

Maria Yolanda Campo

Yesid Tobar Peña

Yamileth Chavez Trochez

Edwin Paz Ballesteros

## **Grupo evaluador MECI 1000:2005**

Hilda Lucia López

Jefe de oficina de planeación

\*\*\* Nota aclaratoria el Hospital no cuenta con oficina de control interno, ni auditor interno

**7.1.4 Definición de los Niveles de Implementación o Ajuste del Sistema de Control Interno.** Se realizó un análisis individual y exhaustivo de cada uno de los Subsistemas, Componentes y Elementos que lo conforman, en el cual se hizo necesario determinar los siguientes aspectos:

- Existencia actual en la entidad pública del Sistema de Control Interno.
- Nivel de desarrollo e implementación en el cual se encuentra el Sistema.
- Estándares de Control que lo conforman.
- Grado de efectividad de estos estándares de Control.
- Ajustes que se deben realizar en el Sistema actual para llevarlo al Modelo de Control Interno propuesto.
- Políticas bajo los cuales deben definirse los ajustes.
- Directrices que deben tener en cuenta los Comités de Trabajo al establecer sus planes de trabajo.
- Emisión del Acto administrativo que oficializa el Proceso de implementación del

Modelo de Control Interno para entidades del Estado, el compromiso de la Alta Dirección.

- Ajustes a nivel integral del Sistema de Control Interno.
- Componentes y elementos de Control que deben ser implementados.
- Cambios, adaptaciones o complementos que deben ser realizados al Sistema actual.
- Prioridades en la implementación.
- Estimación de los recursos financieros, logísticos y de personal requeridos para implementar los aspectos del Sistema de Control Interno.
- Determinación de la viabilidad de la implementación del Sistema de Control Interno teniendo en cuenta los aspectos económicos, administrativos y operacionales, a través de la elaboración de un análisis Costo Beneficio.

Los aspectos anteriores se evaluarán a través de un aplicativo de autodiagnóstico de todos los elementos del control interno utilizando herramientas para la recolección de dicha información como son: la consulta mediante entrevista, información documental, encuesta y talleres.

### **7.1.5 Elaboración del Plan de Trabajo.**

**7.1.5.1 Normas de Funcionamiento.** En este primer paso se formalizan las funciones de cada uno de los integrantes del Grupo de Trabajo Técnico, se

establecen las responsabilidades de cada uno de los participantes, se define el lugar, medios, método y documentos que forman parte del archivo del proceso; se establecen los principios de comportamiento del Grupo, los tiempos de trabajo, los horarios; se asignan las labores de apoyo logístico, se adecuan los recursos físicos y se obtienen los recursos requeridos.

**7.1.5.2 Definición de Actividades.** Este paso da inicio a la planeación específica del diseño e implementación del Sistema de Control Interno. De acuerdo con los objetivos y alcance definidos y los ajustes de adaptación del Modelo que se consideren necesarios, el Grupo de Trabajo Técnico define las fases de diseño e implementación del Sistema de Control Interno a través de la definición de objetivos, la descripción detallada y en forma secuencial de los pasos o actividades que se requieren para la ejecución de cada fase, y la definición del tiempo de ejecución y características de satisfacción de cada actividad.

### **FASE 1: Conocimiento**

En seguimiento con los Lineamientos Generales para la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano – MECI 1000:2005 impartidos por el Presidente del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno de las Entidades del Orden Nacional y Territorial en su Circular No. 03 del 27 de Septiembre de 2005 “Es necesario que se adelante un proceso de sensibilización y socialización para todos los servidores de públicos de la Entidad sobre el MECI 1000:2005, con el propósito de concientizarlos sobre el rol que deben desempeñar en la implementación de dicho modelo, de tal manera que se entienda que la responsabilidad de implementar y fortalecer el Sistema de Control Interno Institucional no es de la Oficina de Control Interno sino de todos”.

De acuerdo con estas directrices fue necesario realizar Seminarios dirigidos a todos los funcionarios de la Institución divididos éstos por niveles de cargo en el sentido de dar orientaciones sobre el MECI y el Sistema de Gestión de Calidad.

Para ello se propone la siguiente metodología:

1. Sub-Etapa: Componente Metodológico:

- Establecimiento de los contenidos temáticos
- Desarrollo de los Módulos
- Selección de Profesores – Capacitadores

2. Sub-Etapa: Componente de Desarrollo:

- Desarrollo o construcción de los contenidos de los Módulos

3. Sub-Etapa: Componente de Ejecución:

- Ejecución de los Seminarios

Dentro de los temas a tratar se propone:

- Introducción al Modelo Estándar de Control Interno
- Normatividad control interno
- Evolución MECI 1000:2005
- Mejoramiento Continuo de Procesos y Documentación de Procesos y Procedimientos.
- Establecimiento de Indicadores de Gestión
- Administración de Riesgos
- Desarrollo de Competencias Laborales y Evaluación de la Gestión o del Desempeño.



**7.1.5.3 Asignación de Responsabilidades.** Para cada una de las actividades definidas, el Grupo de Trabajo Técnico en forma concertada con el Directivo delegado por la Unidad Nivel I de Caldoño, para la administración del Sistema de Control Interno, establece el o los responsables de su ejecución, los cuales deben garantizar que la actividad se realice en la forma requerida, en el tiempo y condiciones de satisfacción previamente definidos

**7.1.5. 4 Cronograma de Actividades.** Una vez establecidas las actividades y los responsables, el Grupo de Trabajo Técnico elabora un Cronograma general donde se relaciona cada una de ellas de acuerdo con el orden de ejecución, el responsable de la ejecución y se establecen las fechas de iniciación y terminación, de acuerdo con el tiempo de ejecución establecido con anterioridad para cada actividad. Adicionalmente para cada uno de los responsables se elabora un Cronograma individual, con iguales características que el general que indica las actividades que están a su cargo ver tabla No. 1 cronograma general de actividades de la etapa de planeación al diseño e implementación del modelo estándar de control interno - MECI 1000:2005.

## **7.2 RESULTADO Y ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS DEL SISTEMA MECI 1000:2005**

**7.2.1 Interpretación de resultados.** Los resultados se interpretaran de acuerdo al anexo para procedimientos para tabulación de encuestas e interpretación de resultados del manual de implementación de MECI 1000:2005, así para efectos de tabulación cada respuesta de la escala de valoración, se le asignó un valor, tal como se aprecia en la siguiente tabla:

**TABLA 1. Cronograma general de actividades de la etapa de planeación al diseño e implementación del modelo estándar de control interno -MECI 1000:2005.**

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA											
	AÑO 2007						AÑO 2008					
	Marz	Abril	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dec	Ene	Feb
Elaboración de plan de trabajo												
Compromiso y adopción MECI												
DEFINICION DE INSTANCIAS DE COORDINACION												
Aplicación de encuestas de MECI												
sensibilización y socialización para todos los servidores públicos del hospital sobre el MECI												
Elaboración de plan de trabajo												

Fuente: DAFP, Manual de implementación MECI: 1000:2005

**TABLA 2. Interpretación de resultados del manual de implementación de MECI 1000:2005.**

Valor	Descripción
0	No sabe
1	No se cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

Fuente: DAFP, Manual de implementación MECI: 1000:2005

De acuerdo al número de respuestas de los formatos o cuestionarios aplicados, se le saca la frecuencia a cada respuesta como se observa en la siguiente tabla:

**TABLA 3. Frecuencias de las respuestas del manual de implementación de MECI 1000:2005.**

Pregunta No 1	
Valor	Frecuencia
0	0
1	3
2	4
3	6
4	3
5	4

Fuente: DAFP, Manual de implementación MECI: 1000:2005

En caso de que una pregunta no se responda, se asume una frecuencia de 0, luego se divide cada frecuencia por el número total de encuestas aplicadas, resultado se debe dar en términos porcentuales, para comprender la tabulación de los resultados ver anexo para procedimientos para tabulación de encuestas e interpretación de resultados del manual de implementación de MECI 1000:2005.

La interpretación de resultados se basa en los rangos y criterios de la siguiente tabla.

**TABLA 4. Rangos y Criterios de respuestas del manual de implementación de MECI 1000:2005.**

<b>Rango</b>	<b>Criterios</b>
Puntaje Total entre 0.0 y 2.0	Inadecuado
Puntaje Total entre 2.1 y 3.0	Deficiente
Puntaje Total entre 3.1 y 4.0	Satisfactorio
Puntaje Total entre 4.1 y 5.0	Adecuado

Fuente: DAFP, Manual de implementación MECI: 1000:2005

De tal forma que los rangos mas altos califican satisfactoriamente los elementos del sistema MECI 1000:2005., mientras que calificación bajas reflejan debilidades en los respectivos elementos del sistema evaluados.

**7.2.2. Evaluación De Los Elementos Del Sistema Del Control Interno.** El promedio de calificación de las respuestas de los cuestionarios del manual de implementación del control interno de la DAFP, aplicados a los 45 empleados de la unidad de salud nivel I de Caldono Cauca, se muestran en la siguiente tabla.

**TABLA 5. Promedio de calificación de las respuestas del cuestionario de evaluación de los 29 elementos del Sistema de Control Interno en la Unidad de Salud Caldonó.**

N°	AFIRMACIÓN	PROMEDIO DE CALIFICACION
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos. (Si valora "No Se Cumple" no valore las afirmaciones que siguen a continuación).	0
2	La vinculación de los servidores responde a los requerimientos de los empleos.	4
3	Los procesos de inducción le facilitaron a los nuevos servidores conocer la cultura organizacional de la entidad y el ejercicio de sus funciones.	3
4	Los procesos de reinducción han permitido la actualización de todos los funcionarios en las nuevas orientaciones técnicas y normativas que afectan el quehacer institucional.	3
5	En la entidad se ejecuta el plan institucional de formación y capacitación.	3
6	Fueron consultados los servidores sobre sus necesidades de capacitación, a través de encuestas o reuniones de trabajo.	4
7	Ha mejorado el desempeño en el puesto de trabajo debido a la capacitación recibida.	3
8	La entidad adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral.	4
9	La entidad ejecutó el plan de incentivos pecuniarios y no pecuniarios.	4
10	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño.	4
11	Se realizó publicidad y difusión sobre las prácticas de gestión del talento humano.	4
12	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	4
13	Los directivos dan cumplimiento a las funciones de la Entidad.	5
14	Las actuaciones de la alta dirección generan confianza en los servidores.	5
15	El estilo de dirección tiene en cuenta la participación de los servidores en los diferentes procesos de la entidad.	4
16	El estilo de dirección tiene en cuenta la participación de las partes interesadas para facilitar el control social.	4

17	La alta dirección delegó responsabilidades que contribuyeron a la oportuna toma de decisiones.	5
18	Las políticas trazadas por la Alta Dirección fortalecen el desarrollo del talento humano.	4
19	Ha sido transparente y eficiente la asignación y uso de los recursos en la entidad.	4
20	La alta dirección lidera el cumplimiento de las acciones del mejoramiento y compromisos adquiridos con los entes de control del Estado.	4
21	Los directivos tienen los conocimientos y destrezas para dirigir las áreas bajo su responsabilidad.	4
22	Los directivos tienen en cuenta los conocimientos y habilidades de sus colaboradores para asignar las cargas de trabajo.	4
23	La alta dirección da un trato respetuoso a los servidores de la entidad.	5
24	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	5
25	Conozco las competencias y funciones asignadas a la entidad por la Constitución y la Ley	5
26	Conozco la misión de la entidad	5
27	Conozco la visión de la entidad.	5
28	Hay coherencia entre la misión y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	5
29	Hay coherencia entre la visión y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	5
30	La entidad contempla dentro del proceso de formulación de los planes y programas, la participación y concurso de organismos e instituciones de cooperación que permitan su ejecución.	3
31	Los planes y programas se ejecutaron con base en los lineamientos estratégicos (planes indicativos o estratégicos)	5
32	Conozco los planes de gestión anual.	5
33	Hay coherencia entre la visión y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	5
34	Hay coherencia entre la visión y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	5
35	La entidad contempla dentro del proceso de formulación de los planes y programas, la participación y concurso de organismos e instituciones de cooperación que permitan su ejecución.	3
36	Los planes y programas se ejecutaron con base en los lineamientos estratégicos (planes indicativos o estratégicos)	5
37	Hay coherencia entre la visión y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	5

38	La entidad contempla dentro del proceso de formulación de los planes y programas, la participación y concurso de organismos e instituciones de cooperación que permitan su ejecución.	3
39	Los planes y programas se ejecutaron con base en los lineamientos estratégicos (planes indicativos o estratégicos)	5
40	Conozco los planes de gestión anual.	5
41	Hay coherencia entre los planes de gestión anual y la misión y la visión.	5
42	Las necesidades de la ciudadanía se tuvieron en cuenta para la definición de los objetivos del plan de gestión anual.	5
43	Los planes y programas se han ejecutado de acuerdo con el presupuesto asignado.	5
44	Los planes y programas de la entidad articulan y propician la participación de otras entidades públicas en la financiación, coordinación y ejecución de sus proyectos.	5
45	Se ha hecho seguimiento a los planes de gestión anual.	3
46	Se han ajustado los planes de gestión anual con base en los resultados del seguimiento.	3
47	Se han evaluado los planes de gestión anual.	4
48	Los resultados obtenidos responden a lo planeado.	3
49	Los procesos de la entidad están concebidos en función de los objetivos institucionales.	4
50	Se diseñan los procesos agrupando las actividades independientemente del área que las ejecuta.	5
51	La ejecución de los procesos logra el cumplimiento de los objetivos planteados	4
52	La entidad tiene claramente establecida la interrelación de los procesos que se ejecutan.	4
53	Están identificadas las entradas (insumos) y salidas (productos) de los procesos en la entidad.	5
54	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.	5
55	Se tienen identificadas las actividades que conforman los procesos de la organización	4
56	Están consignados los procesos en un documento que le permita a los responsables de los mismos, conocer cómo se ejecutan.	1
57	Los procesos cuentan con controles que aseguran su eficiencia y eficacia.	3
58	Los procesos en la entidad responden a criterios o políticas de calidad.	4

59	Los procesos han sido clasificados en estratégicos, misionales, de apoyo y evaluación.	1
60	Están definidos claramente los niveles de responsabilidad y autoridad en la entidad.	5
61	La entidad tiene la capacidad para ajustarse a los cambios del entorno.	5
62	La estructura diseñada contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	5
63	El diseño de la estructura y de los cargos se hizo con base en los procesos y procedimientos de la entidad.	5
64	La asignación y distribución de cargos responde a los requerimientos de los procesos.	5
65	Se estudiaron los puestos de trabajo para definir los perfiles de los empleos que conforman la planta de personal.	4
66	La entidad cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados.	1
67	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los niveles de la entidad.	3
68	La estructura organizacional facilita la comunicación de la entidad con las partes interesadas	3
69	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.	5
70	Se han identificado los riesgos que afectan el cumplimiento de los planes y programas de la entidad.	5
71	Se han identificado los riesgos que afectan el desarrollo de los procesos de la entidad.	5
72	Se han identificado las causas que generan los riesgos en la entidad.	5
73	Se han identificado los efectos que pueden presentarse si se materializan los riesgos.	5
74	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	3
75	La entidad está aplicando acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	4
76	La entidad cuenta con los recursos para administrar los riesgos.	4
77	Conoce las orientaciones institucionales para la administración del riesgo.	1
78	Hay compromiso de la alta de dirección para que se implementen acciones que garanticen la efectividad de la administración del riesgo.	1



79	Están identificados los controles para prevenir los riesgos en la entidad.	1
80	Los responsables de los procesos realizan periódicamente evaluaciones de riesgos en sus actividades.	1
81	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	4
82	Las políticas trazadas facilitan la medición del desempeño de los procesos y de los servidores que los desarrollan.	4
83	Los procesos en los que participa el área están diseñados, documentados y comprendidos.	3
84	Los procedimientos diseñados en el área son efectivos para desarrollar las funciones y alcanzar los objetivos y metas.	3
85	La entidad cuenta con políticas y procedimientos efectivos para detectar / prevenir los riesgos.	2
86	Los procesos tienen definidos controles en las actividades críticas para prevenir situaciones de riesgo	2
87	Los controles definidos han contribuido a reducir los riesgos.	3
88	Existen indicadores definidos para medir la efectividad de los procesos del área y se realizan mediciones periódicas para tomar los correctivos necesarios.	1
89	En el área se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en el Manual de Procedimientos (o de Operación).	2
90	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	4
91	Las políticas trazadas facilitan la medición del desempeño de los procesos y de los servidores que los desarrollan.	3
92	Los procesos en los que participa el área están diseñados, documentados y comprendidos.	
93	Los procedimientos diseñados en el área son efectivos para desarrollar las funciones y alcanzar los objetivos y metas.	3
94	La entidad cuenta con políticas y procedimientos efectivos para detectar / prevenir los riesgos.	
95	Los procesos tienen definidos controles en las actividades críticas para prevenir situaciones de riesgo	3
96	Los controles definidos han contribuido a reducir los riesgos.	3
97	Existen indicadores definidos para medir la efectividad de los procesos del área y se realizan mediciones periódicas para tomar los correctivos necesarios.	3
98	En el área se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en el Manual de Procedimientos (o de Operación).	4

99	Se conocen las fuentes externas que proveen información a la entidad (comunidad, proveedores, contratistas, entes reguladores o de control, entes de cooperación o de financiación, otras entidades u organismos públicos o privados, entre otros)	4
100	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	5
101	El proceso de quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	5
102	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	5
103	Se conocen las fuentes internas que proveen información a la entidad (actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, entre otros).	4
104	Se ha identificado la información que produce la entidad y que es básica para su operación.	4
105	Cada servidor registra y divulga la información actualizada requerida para el desempeño de su cargo.	4
106	Se han tenido en cuenta las sugerencias realizadas por los servidores de la entidad para el mejoramiento continuo.	4
107	Se ha documentando el conocimiento y experiencia de los servidores de la entidad.	4
108	La entidad cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	5
109	Se ha controlado la gestión de los procesos con base en los sistemas de información.	4
110	La información generada en la entidad cumple con condiciones de calidad, cantidad, oportunidad y forma de presentación.	4
111	La toma de decisiones se hace con base en los sistemas de información.	4
112	Los sistemas de información facilitan el control político, social y de los organismos de control.	5
113	Los sistemas de información permiten el cruce de información y servicios entre las entidades.	5
114	Las políticas de información han contribuido al fortalecimiento de la imagen institucional.	4
115	La comunicación interna ha contribuido al fortalecimiento de los resultados de los procesos de la entidad.	4

116	Los mecanismos internos de comunicación han contribuido al logro de los objetivos institucionales.	4
117	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas y la manera de llevarlos a cabo.	4
118	Participa la ciudadanía en los procesos de formulación, control y evaluación de la gestión de la entidad.	5
119	Los servidores de la entidad han recibido capacitación sobre mecanismos de participación ciudadana y estrategias para informar a la ciudadanía sobre la gestión de la entidad.	4
120	Los procesos de rendición de cuentas se han constituido en un mecanismo de comunicación e intercambio de información entre la entidad y la ciudadanía.	4
121	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	5
122	La información de la entidad relacionada con los programas, servicios, obras, contratos o administración de recursos se han puesto a disposición permanente de la ciudadanía.	5
123	Las veedurías utilizan los mecanismos de comunicación establecidos por la entidad para acceder en forma oportuna a la información sobre el objeto de control social.	4
124	La entidad cuenta con mecanismos de comunicación para llegar a las partes interesadas.	5
125	Los medios de comunicación utilizados por la entidad influyen sobre el clima organizacional.	5
126	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	5

El promedio de calificación de las preguntas de los cuestionarios de evaluación de los elementos de ambiente de control como son los acuerdos, compromisos y protocolos éticos tienen una calificación de 1.00 q se interpreta como insuficiencia crítica debido a que la entidad de salud no cuenta con dichos documentos.

En lo referente al direccionamiento estratégico los planes y programas se han ejecutado de acuerdo al presupuesto asignado, presentan coherencia con los objetivos de la entidad y necesidades de la comunidad por lo cual la calificación fue de 5,00 interpretada como satisfactorio.

En administración del riesgo, la entidad tiene identificado:

Los eventos de riesgo tanto interno como externo.

Se han identificado los riesgos que afectan el cumplimiento de los planes y programas de la entidad.

Se han identificado los riesgos que afectan el desarrollo de los procesos de la entidad.

Se han identificado las causas que generan los riesgos en la entidad.

Se han identificado los efectos que pueden presentarse si se materializan los riesgos.

Pero no Hay compromiso de la alta de dirección para que se implementen acciones que garanticen la efectividad de la administración del riesgo, ni se identifican controles ni responsables de prevención del riesgo, por lo cual la

calificación general de administración del riesgo presenta una calificación de 2,8 que se interpreta como insuficiente.

En lo referente a la subsistema de control de evaluación, la entidad no cuenta con una infraestructura técnica y administrativa propia de control interno ni de auditoría, las actividades de control interno y de auditoría están centralizadas en las oficinas de la dirección departamental de salud en la ciudad de Popayán, debido esta problemática los elementos de evaluación del sistema de control interno y de auditoría interna presentaron una calificación de 1,00 que se interpreta como insuficiencia crítica.

NOTA: Las encuestas de evaluación de los 29 elementos del sistema de control interno aplicados a los 45 empleados de la Unidad de Salud de Caldonó – Cauca, quedan consignadas en los formatos de evaluación del manual de implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI1000:2005 emitido por la DAFP, estos documentos se encuentran en la oficina de la especialización en auditoría y gerencia de la calidad con énfasis en epidemiología en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca.

**TABLA 6. Resultado del diagnostico del Sistema de Control Interno en la Unidad de Salud de Caldon.**



Departamento Administrativo  
de la Función Pública

**RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO			Puntaje por elemento	Interpretación	Puntaje por componente	Interpretación	Puntaje por subsistema	Interpretación	Puntaje del Sistema	Interpretación
SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO	AMBIENTE DE CONTROL	ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA	2,78	INSUFICIENTE	3,19	ADECUADO	3,01	ADECUADO
		DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	3,00	ADECUADO						
		ESTILO DE DIRECCIÓN	4,33	SATISFACTORIO						
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	PLANES Y PROGRAMAS	5,00	SATISFACTORIO	4,00	SATISFACTORIO				
		MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	3,00	ADECUADO						
		ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	4,00	SATISFACTORIO						
	ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	CONTEXTO ESTRATÉGICO	4,00	SATISFACTORIO	2,80	INSUFICIENTE				
		IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	3,00	ADECUADO						
		ANÁLISIS DEL RIESGO	3,00	ADECUADO						
		VALORACIÓN DEL RIESGO	2,00	INSUFICIENTE						
POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO		2,00	INSUFICIENTE							
SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN	ACTIVIDADES DE CONTROL	POLÍTICAS DE OPERACIÓN	2,00	INSUFICIENTE	3,10	ADECUADO				
		PROCEDIMIENTOS	4,00	SATISFACTORIO						
		CONTROLES	3,50	ADECUADO						
		INDICADORES	3,00	ADECUADO						
		MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	3,00	ADECUADO						
	INFORMACIÓN	INFORMACIÓN PRIMARIA	5,00	SATISFACTORIO	4,33	SATISFACTORIO				
		INFORMACIÓN SECUNDARIA	4,00	SATISFACTORIO						
		SISTEMAS DE INFORMACIÓN	4,00	SATISFACTORIO						
	COMUNICACIÓN Pública	COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	3,50	ADECUADO	4,50	SATISFACTORIO				
		COMUNICACIÓN INFORMATIVA	5,00	SATISFACTORIO						
SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL	2,00	INSUFICIENTE	2,00	INSUFICIENTE				
		AUTOEVALUACIÓN DE GESTIÓN	2,00	INSUFICIENTE						
	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE	EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA				
		AUDITORÍA INTERNA	1,00	INSUFICIENCIA CRITICA						
	PLANES DE MEJORAMIENTO	PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	2,00	INSUFICIENTE	2,60	INSUFICIENTE				
		PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS	2,80	INSUFICIENTE						
		PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL	3,00	ADECUADO						

**RANGOS DE INTERPRETACIÓN DEL DIAGNOSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

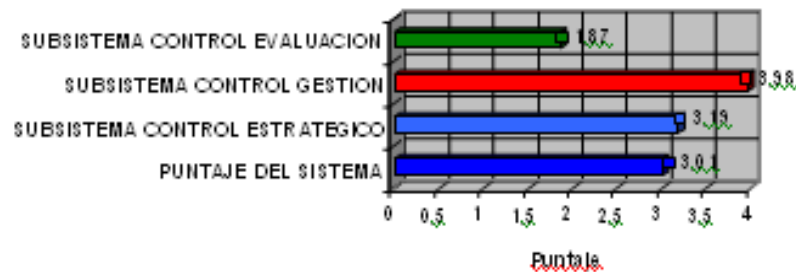
**Rango 1.0 - 1.9: Insuficiencia Crítica**

**Rango 2.0 - 2.9: Insuficiente**

**Rango 3.0 - 3.9: Adecuado**

**Rango 4.0 - 5.0: Satisfactorio**

**GRAFICO 1. Subsistemas MECI Unidad de Salud de Caldono - Cauca**



Según la tabla y el grafico anterior (Ver Tabla 6. Evaluación de los subsistemas de MECI 1000:2005 en la Unidad de Salud de Caldono- Cauca y el grafico 2. de SUBSISTEMAS MECI DE LA UNIDAD DE SALUD) de los subsistemas que incluye el sistema de control interno, el Hospital presenta uno de ellos en estado crítico y es el de Evaluación, esto teniendo en cuenta que no se tiene una cultura del autocontrol y mucho menos de planes de mejoramiento.

**7.2.2.1 Subsistema de Control Estratégico.** El subsistema de Control Estratégico agrupa y correlaciona los parámetros de control que orientan a la entidad hacia el cumplimiento de su visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas, desde este punto de vista el análisis tanto verbal como documental elaborado con el apoyo de los funcionarios de la Unidad Nivel I, se encamina hacia la creación de una cultura organizacional fundamentada en el control a los procesos de direccionamiento estratégico, administrativos y operativos de la entidad en estudio.

Alrededor de este objetivo, el Subsistema de Control Estratégico se estructura en tres Componentes: Ambiente de Control, Direccionamiento Estratégico y Administración de Riesgos, orientados a generar los estándares que auto

controlan la entidad en cuanto a la cultura de control, direccionamiento estratégico y organizacional.

Con base en los resultados obtenidos en la tabulación de las encuestas aplicadas se obtiene una valoración del subsistema de 3.19 con una interpretación de ADECUADO.

Con el fin de lograr el mejoramiento de los componentes y elementos de este Subsistema, para que le garanticen a la entidad una gestión eficiente, eficaz, efectiva y transparente en la prestación de sus servicios y/o producción de los bienes que le son inherentes, se proponen una serie de sugerencias, elaboradas con base en la normatividad del MECI 1000-2006, para tal efecto se describirá cada uno de los elementos de control de este subsistema haciendo mención en primera instancia de las falencias y seguidamente las respectivas sugerencias.

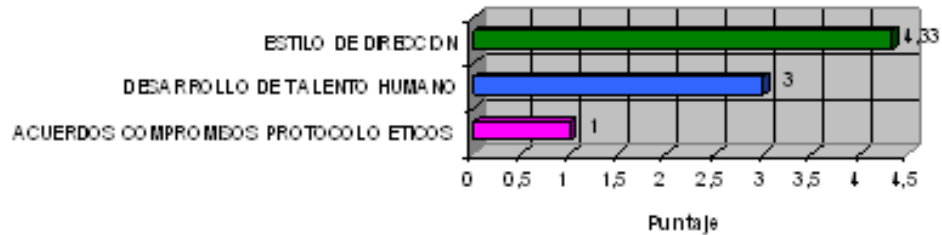
**7.2.2.1.1 Ambiente de Control:** La evaluación de este componente se interpreta como INSUFICIENTE con una valoración de 2.78, (Ver TABLA 7. Evaluación del Componente del ambiente de control de la Unidad Nivel I de Caldono Cauca), se establecen fallas con respecto a las prácticas efectivas de desarrollo del Talento Humano y la aplicación del Código de Valores, no obstante, caracteriza un estilo de dirección Satisfactorio que de acuerdo con su naturaleza, favorece el control y orienta claramente hacia la prestación de un servicio público con transparencia, eficacia, eficiencia, y un uso responsable de los servicios públicos.



**TABLA 7. Evaluación del Componente del Ambiente de control de La Unidad Nivel I de Caldono Cauca.**

COMPONENTE	ELEMENTOS	CALIF	INTERPRETACION	CAL. GRAL	INTERPRETACION
AMBIENTE DE CONTROL	ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ETICOS	1.0	INSUFICIENTE CRITICO	2.78	INSUFICIENTE
	DESARROLLO DE TALENTO HUMANO	3.0	ADECUADO		
	ESTILO DE DIRECCION	4.33	SATISFACTORIO		

**GRAFICO 2. Subsistema Control Estratégico - Ambiente de Control en la Unidad de Salud Nivel I de Caldono Cauca.**



El grafico 2. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO/ ambiente de control en la Unidad de Salud. Los acuerdos compromisos y protocolos éticos presentan una calificación de 1 que se interpreta como insuficiente critico, debido a que la unida no cuenta con un código de etica.

Se analizan los siguientes elementos:

**7.2.2.1.1.1 Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.** Este elemento

define el estándar de conducta del hospital. Los documentos de los estándares de comportamiento son conocidos como código de ética o decálogo de valores.

La evaluación de este elemento tiene un puntaje de 1,0, el cual se interpreta como INSUFICIENTE CRITICO.

Con el análisis de este elemento se determina el grado de conocimiento que tienen los servidores sobre las prácticas éticas en la entidad y se evalúa la existencia del documento orientador o código de ética que consolide estas prácticas y su grado de interiorización.

En la entidad hospitalaria de Caldono no se cuenta con un código de ética o decálogo de valores, lo cual va en detrimento de los principios de comportamiento, y el no cumplimiento de La Política de Desarrollo Administrativo de Moralización y Transparencia en la Administración Pública (Decreto 3622 de 2005, artículo 7), documento que además de orientar a las entidades hacia la formación de valores de responsabilidad y vocación, orienta hacia la prevención de conductas corruptas y la identificación de áreas susceptibles de corrupción.

Se sugiere la elaboración y aplicación del mencionado documento, el cual debe contar con la participación de todos los servidores Públicos, teniendo en cuenta las políticas y estrategias de gestión para aplicar el código de ética en todas las dependencias.

La importancia de implementar este documento es el de favorecer la resolución de conflictos internos y sobre todo lograr el mejoramiento del ambiente interno de la Unidad Nivel I de Caldono.

Para tal efecto es necesario la conformación de un Comité de Ética en la entidad,

el cual se constituiría como el agente dinamizador del proceso de gestión ética, al ejercer un liderazgo en la definición de criterios base para la formulación del estándar de control.

Es importante la conformación del comité de ética para poder desarrollar el código de ética, el cual esta conformado por el director ó Gerente y sus jefes de cada dependencia, este comité debe estar conformado por un equipo interdisciplinario.

Es preciso iniciar gestiones para la elaboración del Decálogo de Ética con base en el siguiente Normograma:

- Ley 190 de 1995.
- Decreto Ley 1567 de 1998, artículo 24.
- Ley 734 de 2002.
- Decreto 1227 de 2005, artículo 75, numeral 75.4.
- Decreto 3622 del 2005.
- Actos administrativos expedidos en la entidad.

**7.2.2.1.1.2 Desarrollo del Talento Humano.** Este elemento de Control, define el compromiso de la entidad pública con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del servidor público. Determina las políticas y prácticas de gestión humana a aplicar por la entidad, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los servidores públicos del Estado.

Los servidores evalúan este elemento como ADECUADO, con una valoración de

3.0, lo que indica que actualmente en el área administrativa de LA Unidad Nivel I se presentan las siguientes falencias con respecto al desarrollo del Talento Humano:

- La persona encargada de cumplir con las acciones de Jefe de Personal ejecuta a la vez acciones de Tesorería es una contratista y deberla estar en cabeza de un funcionario de planta, lo cual le resta dedicación a la gestión del talento humano. En esta medida es necesario contar con un funcionario idóneo para el desarrollo de ésta área con base en procesos y prácticas de talento humano se deben adelantar de manera articulada a los demás procesos de gestión de la entidad, de tal forma que haya coherencia entre el desempeño de las personas y las estrategias de la entidad, al tiempo que se fomente el desarrollo permanente de los servidores públicos durante su vida laboral en la entidad.
- No se tiene en cuenta un Plan de incentivos, para los funcionarios que se destacan en su labor misional.
- No se implementa un sistema institucional de evaluación del desempeño, no obstante en la investigación documental se evidencia que se aplica el formato de evaluación del desempeño con base en la documentación de la Función Pública.
- Los resultados de la evaluación del desempeño no sirven de insumo para la programación de acciones de capacitación y desarrollo de los servidores.
- No se hace público ni a nivel interno ni externo, el informe de gestión de la dirección.

Se sugiere revisar periódicamente las políticas de gestión del talento humano y

efectuar los ajustes necesarios, para lo cual se debe designar un servidor responsable del proceso de acuerdo con el Modelo de Operación.

Los procesos y prácticas de talento humano se deben adelantar de manera articulada a los demás procesos de gestión de la entidad, de tal forma que haya coherencia entre el desempeño de las personas y las estrategias de la entidad, al tiempo que se fomente el desarrollo permanente de los servidores públicos durante su vida laboral en la entidad.

La gestión del talento humano debe partir del proceso de planeación de recursos humanos, a través del cual se identifican y cubren las necesidades cualitativas y cuantitativas de personal, se organiza (y en lo posible sistematiza) la información en la materia; y se definen las acciones a realizar para el desarrollo de los tres procesos que configuran dicha gestión:

- Ingreso, comprende los procesos de vinculación e inducción.
- Permanencia, en el que se inscriben los procesos de capacitación, evaluación del desempeño y estímulos.
- Retiro, situación generada por necesidades del servicio o por pensión de los servidores públicos.

De igual manera, la gestión del talento humano debe incluir el desarrollo de prácticas orientadas a hacer viable el Sistema de Gerencia Pública, establecido en la Ley 909 de 2004 y configurado por esquemas de selección meritocrática, capacitación y evaluación de los servidores públicos calificados como Gerentes.

Para adelantar esta actividad se recomienda el estudio de las siguientes normas

de referencia:

- Decreto Ley 1567 de 1998
- Decreto 682 de 2001
- Resolución 415 de 2003
- Ley 909 de 2004
- Decreto 770 de 2005
- Decreto 785 de 2005
- Decreto 1227 de 2005 -Decreto 2772 de 2005
- Decreto 2539 de 2005
- Decreto 3622 de 2005
- Artículo 7
- Instrumentos Técnicos emitidos por el DAFP

**7.2.2.1.1.3 Estilo de Dirección.** Este elemento de control define la filosofía y el modo de administrar del Gerente público; estilo que se debe distinguir por su competencia, integridad, transparencia y responsabilidad pública.

El estilo de dirección adoptada para guiar y orientar las acciones del Hospital, es SATISFACTORIO, valorado con un promedio de 4.33, las acciones adelantadas por el director han generado autoridad, confianza y han demostrado capacidad gerencial, conocimiento de las necesidades de la comunidad y las partes interesadas del Hospital, compromiso con el control y con el cumplimiento de la misión, visión, planes y programas, buen trato a los servidores públicos y una utilización transparente y eficiente de los recursos.

Este estilo de dirección permite que los servidores públicos se desempeñen en un

ambiente que facilita tanto la comprensión y el respeto por el control, como la motivación para las sugerencias de medidas que fomenten el mejoramiento en la prestación de los servicios.

Igualmente se destacan las siguientes acciones:

- La alta dirección trata de manera respetuosa a los servidores públicos del Hospital.
- La alta dirección facilita la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.
- Los directivos tienen conocimiento sobre las funciones del Hospital.
- La alta dirección asume la responsabilidad de las acciones del mejoramiento y compromisos adquiridos con los entes de control.
- El estilo de dirección facilita la resolución de conflictos internos y externos.
- Existe compromiso de la alta dirección con la asignación y uso transparente y racional de los recursos.
- La alta dirección delega responsabilidades que contribuyen a la oportuna toma de decisiones.
- Las actuaciones de la alta dirección generan confianza en los servidores.

El modo actual asumido por el nivel directivo en cuanto a la conducción de la entidad hospitalaria define un estilo de gestión propio que, a pesar de tener como

base los principios y valores individuales de la máxima autoridad y de su nivel directivo, obliga a asumir los requisitos de tipo moral, ético, de responsabilidad, de transparencia, compromiso con el servicio público, conocimiento, suficiencia y capacidad gerencial necesarios para conducir la entidad en el actuar exigido por la ciudadanía.

**7.2.2.1.2 Componente Direccionamiento Estratégico.** Dentro de este componente se encuentran los elementos de control que al interrelacionarse, establecen el marco de referencia que orienta a la Unidad Nivel I hacia el cumplimiento de su misión, el alcance de su visión y la conduce hacia el cumplimiento de sus objetivos globales.

El análisis de este componente es fundamental para la Unidad Nivel I de Caldon ya que define la ruta organizacional que se debe seguir para el logro de los objetivos misionales; requiere la revisión periódica para ajustarla a los cambios del entorno y al desarrollo de las funciones.

Dicho componente se evalúa con un promedio de 4.0, (Ver Tabla N° 8. Evaluación del Componente de direccionamiento estratégico) de la Unidad Nivel I de Caldon Cauca siendo SATISFACTORIO, para establecer su composición se analizan tres elementos:

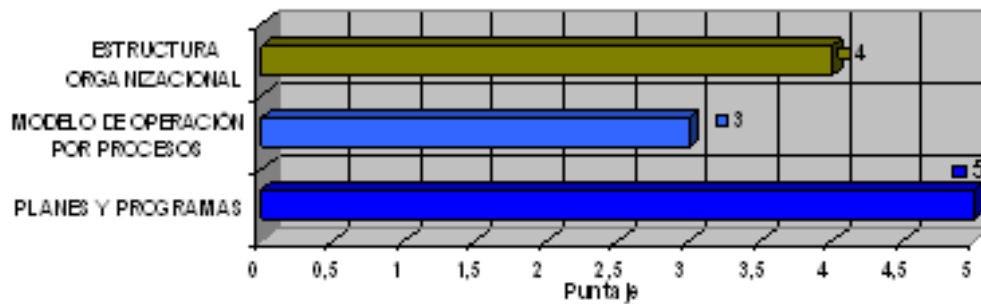
Planes y Programas, Modelo de Operación y Estructura Organizacional.



**TABLA 8. Evaluación del Componente de Direccionamiento Estratégico**

COMPONENTE	ELEMENTOS	CALIF	INTERPRETACION	CAL. GRAL	INTERPRETACION
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	PLANES Y PROGRAMAS	5.0	SATISFACTORIO	4.0	SATISFACTORIO
	MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	3.0	ADECUADO		
	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	4.0	SATISFACTORIO		

**GRAFICO 3. Subsistema Control Estratégico – Direccionamiento Estratégico en la Unidad de Salud Nivel I de Caldoño - Cauca.**



El gráfico 3. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO - Direccionamiento Estratégico en la Unidad de Salud Nivel I Caldoño Cauca, se puede observar que los elementos del direccionamiento estratégico tienen una calificación promedio de 4, que es adecuado para la Unidad de Salud.

**7.2.2.1.2.1 Planes y Programas.** Este elemento de control permite modelar la proyección del Hospital a corto, mediano y largo plazo e impulsar y guiar sus actividades hacia las metas y los resultados previstos. Los planes y programas

materializan las estrategias establecidas para dar cumplimiento a la misión, visión y objetivos institucionales esperados en un período de tiempo determinado, asegurando adicionalmente los recursos necesarios para el logro de los fines de la Unidad Nivel I de Caldon.

La tabulación de las encuestas aplicadas arroja una valoración de 5.0, resultado que se interpreta como SATISFACTORIO, en esta medida al realizar un Diagnóstico sobre los Planes y Programas se identifica la percepción y conocimiento que tienen los servidores sobre su existencia, coherencia y desarrollo, se evidencia en el entorno administrativo que se tiene identificada la misión y visión; sin embargo de acuerdo a entrevistas realizadas se comenta que no conocen los planes y programas

El personal de planta afirma conocer las competencias y funciones asignadas por la entidad Hospitalaria, por la constitución y por la Ley, no obstante algunos contratistas dicen no conocerlos, pero reconocen que se le ha informado sobre sus funciones.

Como parte del análisis de este elemento se plantean las siguientes sugerencias:

- Socializar el plan de acción a toda la planta de personal.
- Es importante, al momento de elaborar la programación y planeación, tomar en cuenta el presupuesto Público, garantizando así que exista una total coherencia e integración entre ellos.
- Previo a la definición de los planes y programas, es importante consultar a la ciudadanía, y a las partes interesadas sobre los requerimientos,

expectativas, necesidades y prioridades, mediante mecanismos de consulta directa como audiencias públicas, jornada de consulta a través de foros, sesiones de priorización de proyectos, entre otros.

- A manera de orientación, se presenta el Formato 1.2.1–1 Estructura Mapa Estratégico con el propósito de facilitar la formulación de propuestas.

### FORMATO 1. Formato 1.2.1–1 Estructura del Mapa Estratégico.

Formato 1.2.1–1 Estructura del Mapa Estratégico.									
Componente: Direccionamiento Estratégico.									
Elemento: Planes y Programas.									
Misión	Visión	Objetivos Institucionales	Estrategias	Planes	Programas	Proyectos	Metas	Recursos	Indicadores
		Obj.1	Estr.1				Meta 1		
			Estr. n				Meta n		
		Obj. n							
									Total Recursos

Fuente: DAFP MECI 1000:2005

Para la aplicación de esta actividad se propone el siguiente normograma:

- Constitución política, artículos 334 y 339.

- Decreto 841 artículos 2, 5, 7, 22, 26, 28, 32, 34.
- Ley 87, artículo 4.
- Ley 152 de 1.994, artículos 3, 4, 5,6, 27, 31 y 49.
- Ley 190 de 1.995, artículo 48.
- Decreto 111 de 1.996, artículo 8, 9 y 68. Ley 489 de 1.998.
- Decreto 2145 de 1.999, artículo 19. Decreto 1363 de 2.000, artículo 19.
- Plan Nacional y Planes territoriales de desarrollo

**7.2.2.1.2.2 Modelo de Operaciones por Procesos.** La importancia del Modelo de Operación por Procesos se puede identificar en normas como el Decreto 1537 del 2001, en el que se establece la obligatoriedad para las entidades de elaborar, adoptar y aplicar manuales a través de los cuales se documenten y formalicen los procesos y procedimientos. Estos instrumentos, a su vez, facilitan el cumplimiento del Control Interno en las organizaciones públicas.

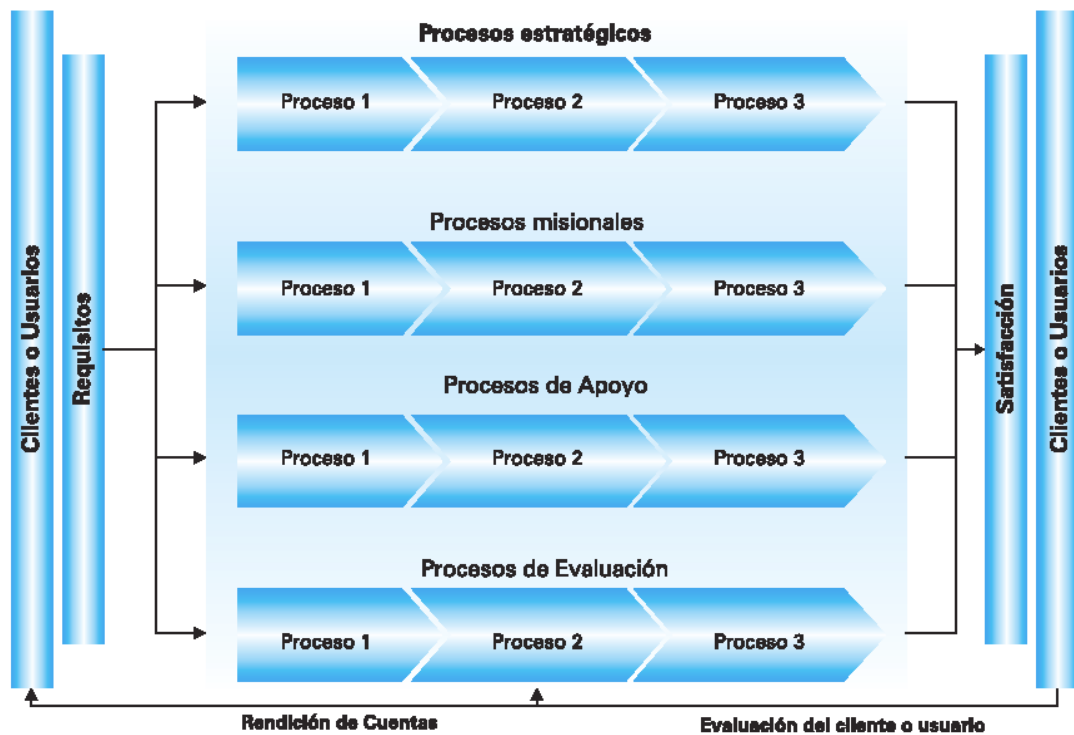
Este elemento de control, en el contexto administrativo del hospital es ADECUADO, fue evaluado con un promedio de 3.0, lo que indica que necesario tener en cuenta las siguientes opiniones:

El Modelo de Operación se establece a partir de la identificación de los procesos y sus interacciones, y dependiendo de la complejidad, tamaño y complejidad de los procesos de la entidad, éstos podrán desagregarse a nivel de actividades y tareas.

Entender la importancia de la operación por procesos, implica conocer con más detalle el concepto de proceso, este se define como el conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor, y las cuales transforman elementos de entrada en resultados, dichos procesos se clasifican en:

- Procesos Estratégicos: incluyen los relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección.
  
- Procesos Misionales: incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser.
  
- Procesos de Apoyo: incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.
  
- Procesos de Evaluación: incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales, tal como se observa en la siguiente grafica.

## ILUSTRACIÓN 2. Ejemplo de un Mapa de Procesos.



Fuente: DAFP MECI 1000:2005

La operatividad de este Elemento de Control, debe ser abordada por todos los servidores de la entidad responsables del desarrollo de los diferentes procesos. Los pasos a seguir son:

1. Identificar y caracterizar los procesos que garantizan el cumplimiento de la función y misión de la entidad y clasificarlos según sean estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control. Si se encuentran ya definidos, verificar que contengan los criterios de caracterización definidos en la NTCGP 1000:2004.
2. Para la caracterización de los procesos se deben tener en cuenta, entre otros elementos: el macro proceso al que pertenece (si aplica), el nombre del proceso, código, alcance, objetivo, soporte legal, versión, insumos, proveedores,

actividades del proceso, descripción, recursos (humanos, tecnológicos, financieros y de información), responsables, productos, clientes, puntos de control e indicadores.

3. Con base en la identificación de las entradas y salidas de los procesos definidas en la caracterización se determinan las interrelaciones que facilitan la elaboración del Mapa de Procesos.

4. Elaborar el Mapa de Procesos que contenga el despliegue de los Procesos.

Normas de referencia:

- Decreto 1537 de 2001
- Ley 872 de 2003.
- Decreto 4110 de 2004.
- Norma técnica de Calidad NTCGP 1000:2004
- Decreto 3622 de 2005 Instrumentos técnicos desarrollados por el DAFP
- Guía de Racionalización y simplificación de trámites, procesos y procedimientos
- Hacia una visión sistémica de la Gestión Pública\_ Un enfoque práctico.

**7.2.2.1.2.3 Estructura Organizacional.** Elemento de control, que configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en el Hospital, permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su misión y su función constitucional y legal.

La estructura organizacional está compuesta por la estructura u organización interna del Hospital, por su planta de personal y por el manual específico de

funciones y competencias laborales; se define a partir de los procesos y procedimientos que conforman el Modelo de Operaciones y que permite cumplir los objetivos institucionales. La parte que la dinamiza es el recurso humano, por lo tanto, el diseño de los perfiles de los cargos o empleos debe estar acorde con dicho modelo.

La estructura organizacional de la Unidad Nivel I de Caldon, ha sido evaluada como SATISFACTORIO, con una valoración de 4.0, la cual responde a los cambios del entorno político, económico y social que le es propio, hace más flexible la organización y establecimiento de niveles jerárquicos mínimos y permite un flujo de decisiones y comunicación entre los ciudadanos y los servidores públicos.

Entre otros factores positivos se evidencian:

- La actualización del organigrama.
- Están definidos los niveles de autoridad para la toma de decisiones requeridas en cada proceso.
- Existe articulación y coordinación entre las funciones que realizan las áreas organizacionales que conforman la estructura organizacional.
- Los servidores responsables de tomar decisiones son competentes para las funciones encargadas.

No obstante, los Manuales de Funciones están en el proceso de actualización.

- Para garantizar la existencia de este elemento la entidad debe observar los



lineamientos y conceptos formulados en la Guía Modernización de Entidades Públicas del Departamento Administrativo de la Función Pública, instrumento vigente orientador de dichos procesos. Este documento también es una Guía práctica para que las entidades territoriales desarrollen sus procesos de reestructuración.

Normas de referencia:

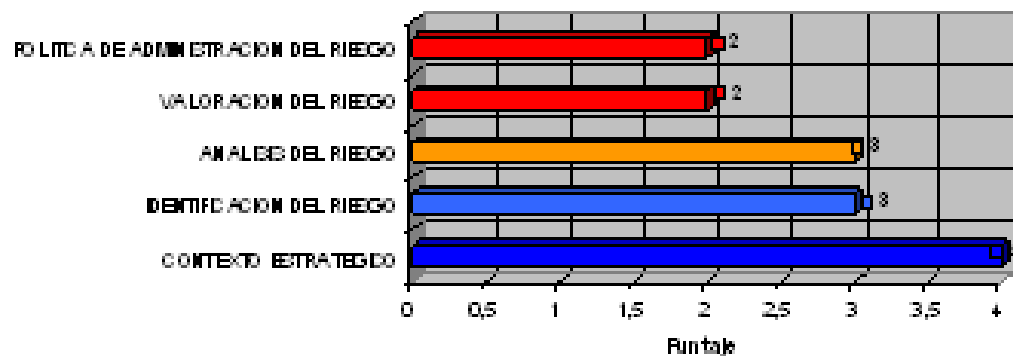
- Ley 87 de 1993.
- Ley 489 de 1998. Capítulo XI,
- Ley 909 de 2004.
- Decreto 770 de 2005.
- Decreto 785 de 2005.
- Decreto 1227 de 2005. -Decreto 2772 de 2005. -Decreto 2539 de 2005.
- Decreto 3622 de 2005
- Actos administrativos expedidos en la entidad.

**7.2.2.1.3 Componente Administración del Riesgo.** Este componente conforma los elementos de control que al interrelacionarse, permite a la entidad Hospitalaria evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permiten identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función, en esta medida permite el autocontrol de aquellos eventos que pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

**TABLA 9. Evaluación del Componente de administración del riesgo de la Unidad Nivel I de Caldoño Cauca.**

COMPONENTE	ELEMENTOS	CALIF	INTERPRETACION	CAL. GRAL	INTERPRETACION
ADMINISTRACION DEL RIESGO	CONTEXTO ESTRATEGICO	4.0	SATISFACTORIO	2.8	INSUFICIENTE
	IDENTIFICACION DEL RIESGO	3.0	ADECUADO		
	ANALISIS DEL RIESGO	3.0	ADECUADO		
	VALORACION DEL RIESGO	2.0	INSUFICIENTE		
	POLITICA DE ADMINISTRACION DEL RIESGO	2.0	INSUFICIENTE		

**GRAFICO 4. Subsistema Control Estratégico – Administración del riesgo en la Unidad de Salud Nivel I de Caldoño- Cauca**



Se ha evaluado como INSUFICIENTE, este componente, con una valoración de 2.80, (Ver TABLA 9. Evaluación del Componente de administración del riesgo de la Unidad Nivel I de Caldoño Cauca y grafico 4. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO / Administración del riesgo en la Unidad de Salud Nivel I de Caldoño- Cauca) lo que indica que actualmente en la Unidad Nivel I de Caldoño no existe:

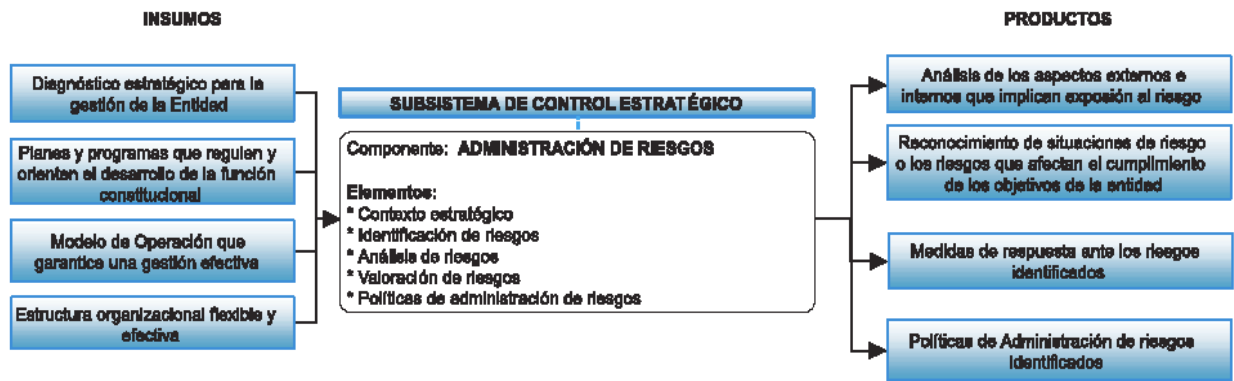
- Un diagnóstico estratégico para la gestión del Hospital.
- Un modelo de operaciones que garantice una gestión efectiva.

Es importante la aplicación de este componente ya que reconoce la presencia de la incertidumbre en todas las actividades organizacionales de la entidad hospitalaria, al tiempo que la habilita para identificar y administrar dicha incertidumbre.

Así mismo, faculta a la entidad para emprender las acciones necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales. Es importante considerar que un evento puede representar una oportunidad para la organización pero si no se maneja adecuadamente y a tiempo, puede generar consecuencias negativas.

El siguiente gráfico (ILUSTRACIÓN 3. Insumos y productos del componente de administración del riesgo), ilustra los insumos requeridos para el diseño de este Componente de Control, así como los productos que se obtienen de su operación. En algunos casos los productos serán tomados como insumos de otros componentes.

### ILUSTRACIÓN 3. Insumos y Productos del Componente de Administración del Riesgo



Fuente: DAFP MECI1000:2005

Este componente se estructura a través de los siguientes Elementos de Control:

**7.2.2.1.3.1 Contexto Estratégico.** Este elemento de control, permite establecer el lineamiento estratégico que orienta las decisiones del Hospital, frente a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos producto de la observación, distinción y análisis del conjunto de circunstancias internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su función, misión y objetivos institucionales.

El contexto estratégico ha sido evaluado por los servidores públicos del Hospital de Calono como SATISFACTORIO con un valor de 4.0, ya que se afirma que:

- La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.
- Se han identificado los riesgos que afectan el desarrollo de los procesos de la entidad.

- Se han identificado las causas que generan los riesgos en la entidad.
- Se han identificado los efectos que pueden presentarse si se materializan los riesgos.

A pesar que se tienen identificados los riesgos estos no estén escritos sino en la cabeza del director y de algunos directivos, lo que afecta la memoria institucional en el caso de cambio de dirección.

No obstante es necesario tener en cuenta las siguientes acciones a fin de mejorar en el cumplimiento de este elemento y así contribuir al control de la entidad frente a la exposición al riesgo, ya que esto permite conocer las situaciones generadoras de riesgos, impidiendo con ello que la entidad actúe en dirección contraria a sus propósitos institucionales:

- Identificar los riesgos que afectan el cumplimiento de los planes y programas de la entidad.
- Priorizar, clasificar y evaluar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.
- Aplicar acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.
- Contar con los recursos necesarios para administrar los riesgos.
- Conocer las orientaciones institucionales para la administración del riesgo.
- Compromiso de la alta dirección para que la implementación de acciones que garanticen la efectividad de la administración del riesgo.

- Identificar los controles para prevenir los riesgos en la entidad.
- Los responsables de los procesos realizan periódicamente evaluaciones de riesgos en sus actividades.

Una adecuada elaboración del contexto estratégico facilita la identificación de los riesgos y posibilita su análisis y valoración, al brindar información necesaria para estimar el grado de exposición a los mismos. De igual manera, permite orientar las políticas hacia el manejo de los riesgos relacionados con los aspectos más estratégicos de la entidad.

**7.2.2.1.3.2 Identificación de Riesgos.** Elemento de control, que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no bajo el control del Hospital, que ponen en riesgo el logro de su misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia.

Se ha valorado como ADECUADO, el presente elemento, con un promedio de 3.0.

La Unidad Nivel I de Caldono tiene identificados los riesgos, pero informalmente. Algunos de los riesgos identificados son:

- Presión de los indígenas para entorpecer la labor del Hospital.
- Bajo nivel educativo de un alto porcentaje de servidores públicos.
- Los empleados de planta en su mayoría no están satisfechos en sus puestos de trabajo.

- No tienen la documentación organizada por tablas de retención; no se encuentra debidamente archivado en un lugar determinado, cada funcionario tiene su propio archivo, que al final del año guardan en cajas y en lugares no seguros.
- Tienen dificultades en la presentación de informes, los realizan en distintos formatos.
- Los computadores están obsoletos, y no trabajan en red de información, lo que hace que la información que se requiera en algunas áreas tarde y hasta se tenga pérdida de la información.
- El proceso de facturación no lleva una revisión antes de ser presentada a las EPS, lo que hace que se pierdan recursos por la devolución de la información.
- Existe una marcada división entre el área Asistencial y la Administrativa. Falta socialización en todo lo nuevo que se realiza, por ejemplo el nuevo organigrama, el plan de acción, entre otros.
- A menudo se saltan los canales de comunicación.
- La comunicación solamente es de información, no tienen en cuenta la de gestión. Existe informalidad en el proceso de contratación.
- No existen las circulares informativas, todo se realiza verbalmente.
- Hay centralización en la responsabilidad, a pesar que dentro de las

funciones se deba delegar.

- Muchas personas están realizando dos cargos al tiempo, cargos de alta responsabilidad.
- Algunos contratistas están realizando funciones de personal de planta.
- Los indígenas tienen su propia EPS de Régimen subsidiado con una IPS por zona indígena, este riesgo contribuiría a que los servicios sean prestados por ellos y no por la Unidad Nivel I de Caldon, lo que reduciría los recursos que le ingresan a la Unidad Nivel I.
- La compra de materiales y suministros no lleva un proceso de selección del más favorable.

**7.2.2.1.3.3 Análisis del Riesgo.** Este elemento permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad del Hospital para su aceptación y manejo.

Se interpreta como ADECUADO el desarrollo de este elemento, no obstante se han identificado algunos riesgos, pero no se adelanta un proceso de evaluación de los mismos.

**7.2.1.3.4 Valoración de Riesgo.** Este elemento se desarrolla de manera INSUFICIENTE, tal como lo indica la valoración asignada por los servidores que corresponde a un valor de 2.0, en esta medida no se determina el nivel o grado de



exposición de la Unidad Nivel I de Caldono al impacto del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento, por lo tanto no se cuenta con el insumo que permita establecer prioridades para el manejo y fijación de políticas.

Es necesario implementar este elemento ya que a través de el se establecen a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales esta expuesta la entidad hospitalaria, permitiendo emprender acciones inmediatas de respuesta ante ellos a través del diseño de políticas y la aplicación de acciones tendientes a evitar, reducir, dispersar o transferir el riesgo; o asumir el riesgo residual, el cual se entiende como el nivel restante de riesgo después de que se han tomado medidas de manejo del mismo.

**7.2.2.1.3.5 Política de Administración del Riesgo.** Este elemento de control, que permite estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior del Hospital, se lleva acabo, por tal razón ha sido valorado como INSUFICIENTE, con un puntaje de 2.0.

Se debe poner en práctica para así establecer las guías de acción para que todos los servidores públicos coordinen y administren los eventos que pueden inhibir el logro de los objetivos de la Unidad Nivel I de Caldono, orientándolos y habilitándolos para ello.

Dada la complementariedad e interrelación existente entre los elementos de control del Componente Administración del Riesgo, y con el propósito de garantizar una visión integral del mismo, a continuación se presenta una metodología general para su desarrollo que parte de una cadena de insumos y productos que al interrelacionarse da como resultado la formulación de la política de la Administración del Riesgo de la entidad.

Para la implementación de este Componente debe considerarse el Elemento Controles del Componente Actividades de Control del Subsistema de Control de Gestión con la finalidad de armonizar de manera integral y sistemática todos los eventos que hacen parte del Componente Administración del Riesgo.

Este ejercicio debe ser abordado por los servidores de la entidad responsables del desarrollo de los diferentes procesos con la asesoría de especialista. Los pasos a seguir son:

1. Analizar los resultados del elemento de control Contexto Estratégico.
2. Identificar los riesgos, las causas y los efectos con base en el análisis del Componente Direccionamiento Estratégico.
3. Analizar los riesgos.
4. Valorar los riesgos.
5. Formular las propuestas de Política de Administración del Riesgo. Para el efecto es importante considerar previamente el diseño de controles que se desarrollará en el Componente Actividades de Control del Subsistema de Control de Gestión.
6. Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno las propuestas.
7. Adoptar y divulgar la Política de Administración del Riesgo.

Normas de referencia:

- Ley 87 de 1993.
- Ley 489 de 1998.
- Decreto 2145 de 1999.
- Directiva Presidencial 09 de 1999. -Decreto 1537 de 2001, artículo 4.

**7.2.2.2 Subsistema de Control de Gestión.** Dentro de este subsistema se encuentran el conjunto de componentes, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y/o responsabilidad, aseguran el control a la ejecución de los procesos de la Unidad Nivel I de Caldoño, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de la misión.

El manejo que se hace de este subsistema al interior de la administración del Hospital es ADECUADO, así lo han evaluado los servidores con un promedio de 3.98, resaltando las actividades del manejo de la información y la comunicación pública, pero presentando deficiencias en la aplicación de las actividades de control.

Es importante implementar este subsistema para contar con un modelo estándar de Control Interno, dado que permite a la Unidad Nivel I de Caldoño construir los elementos de control necesarios para autocontrolar el desarrollo de las operaciones, tomando como base los estándares de carácter estratégico definidos en el subsistema de Control Estratégico.

Una vez el la Unidad Nivel I de Caldoño cuente con un ambiente favorable de control, establezca las orientaciones de su accionar y los mecanismos básicos de

protección de sus recursos es preciso definir, diseñar y correlacionar las acciones, funciones, flujos de información y de comunicación, tendientes a garantizar la alineación de la operación de la Unidad Nivel I de Caldono con sus propósitos institucionales, permitiendo su contribución a los fines esenciales del Estado.

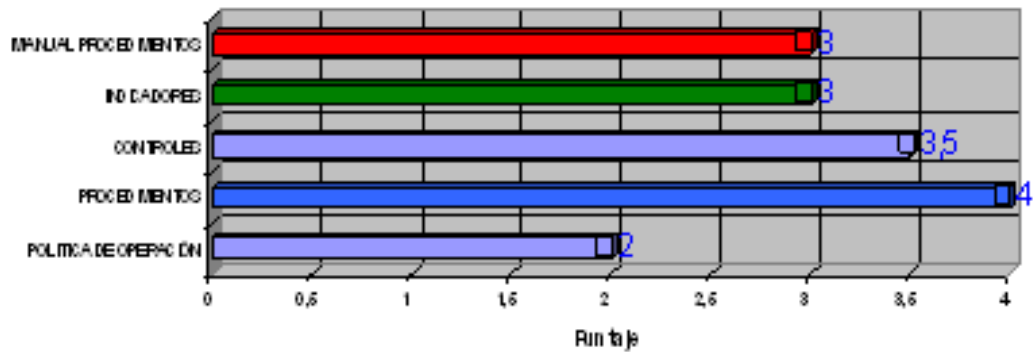
Por todo esto es necesario establecer las reglas, acciones, métodos, procedimientos e instrumentos necesarios en la Unidad Nivel I de Caldono que le aseguren el cumplimiento de las metas y objetivos previstos, a través de los siguientes componentes:

**7.2.2.2.1 Actividades de Control.** Conjunto de elementos que garantizan el control a la ejecución de la función, planes y programas del Hospital, haciendo efectivas las acciones necesarias al manejo de riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

**TABLA 10. Evaluación del Componente de Actividades de Control de la Unidad Nivel I de Caldono - Cauca.**

COMPONENTE	ELEMENTOS	CALIF	INTERPRETACION	CAL GENERAL	INTERPRETACION
ACTIVIDADES DE DE CONTROL	POLITICA DE OPERACIÓN	2.0	INSUFICIENTE	3.10	ADECUADO
	PROCEDIMIENTOS	4.0	SATISFACTORIO		
	CONTROLES	3.5	ADECUADO		
	INDICADORES	3.0	ADECUADO		
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	3.0	ADECUADO		

**GRAFICO 5. Subsistema Control Gestión - Actividades de Control de la Unidad de Salud Nivel I de Caldono- Cauca**



La Política de operación en el grafico 5. SUBSISTEMA CONTROL GESTION /Actividades de control de la Unidad de Salud Nivel I de Caldono- Cauca, presenta una calificación de 2 que se interpreta como insuficiente debido a que en la Unidad de Salud no hay acciones necesarias para hacer eficiente Direccionamiento Estratégico y la Administración del riesgo.

Las actividades inherentes a este componente se adelanta en forma ADECUADA, tal como lo confirma la tabulación de las encuestas arrojando una valoración de 3.10, (ver TABLA 10. Evaluación del componente de actividades de control de la Unidad Nivel I de Caldono Cauca), con el propósito de mejorar e implementar este componente con base en las reglamentaciones del MECI se establecen los siguientes criterios:

Los insumos que se deben tener en cuenta dentro de este componente son:

- Autorregulación de código de ética.
- Políticas prácticas de desarrollo del talento humano.
- Caracterización de estilo de dirección.

- Planes y programas.
- Modelo de operación por procesos.
- Estructura organizacional.
- Administración del riesgo.

Es vital el buen manejo de este componente puesto que permite ejercer control sobre toda la operación de la entidad, se da para todos los procesos, interviene todas las funciones y compromete todos los niveles de responsabilidad.

El Componente se desagrega en los siguientes elementos:

**7.2.2.2.1.1 Políticas de Operación.** Constituye las acciones necesarias para hacer eficiente la operación de los componentes de Direccionamiento Estratégico y la Administración del riesgo previamente definidos por la Unidad Nivel I de Caldon.

De acuerdo con la evaluación realizada, el desarrollo de elemento es DEFICIENTE tal como lo indica la puntuación de 2.0.

Para definir las estrategias que orienten las Políticas de Operación es importante tener en cuenta como referentes los componentes de Direccionamiento Estratégico y Administración del Riesgo del Subsistema de Control Estratégico.

1. Analizar los objetivos de los procesos, las estrategias definidas en los Planes y Programas, las políticas de Administración del Riesgo, los requerimientos y necesidades del cliente o usuario, las especificaciones del producto o servicio con el fin de establecer, en donde se requiera, el diseño e implementación de guías de acción (Políticas de Operación), de aplicabilidad general o particular, que faciliten

la operatividad y ejecución de los procesos hacia el cumplimiento de los objetivos fijados.

La Política de Operación se define teniendo en cuenta lo siguiente:

- El aspecto específico que requiere la guía de acción.
- Los responsables de acatarla, esto es, el ámbito de aplicación.
- La guía de acción que deben cumplir los responsables para evitar las situaciones indeseables.
- Término de aplicación en caso de no ser permanente.
- Proceso al que aplica.
- Proyectar un documento que contenga las Políticas de Operación clasificadas por Procesos y parámetros definidos para cada uno.  
Responsable: Equipo MECI y responsables asignados, de acuerdo con el Modelo de Operación.

2. Analizar y aprobar las Políticas de Operación a la entidad sugeridas para cada Proceso, o solicitar que se efectúen los ajustes necesarios.

- Divulgar la Política de Operación, en el ámbito de aplicación.

2. Revisar periódicamente las Políticas de Operación del Proceso y efectuar los ajustes necesarios, previo concepto del Comité de Coordinación de Control Interno.

Normas de referencia:

- Ley 87 de 1993, artículo 4.

- Decreto 2145 de 1999, artículo 14.
- Normas de Control Interno Contable.

**7.2.2.2.1.2 Procedimientos.** Elemento de control que establece los métodos para realizar las tareas, la asignación de responsabilidades y autoridad en la ejecución de las actividades.

La entidad hospitalaria ha entendido que este elemento se constituye en un estándar de control que establece los métodos o formas más eficientes y eficaces de operativizar las actividades de los procesos, permitiendo así describir y comprender las relaciones entre áreas y flujos de información que se suceden en el proceso y la coordinación de las actividades, tal como lo determina la valoración de 4.0 que se interpreta como SATISFACTORIO.

En este sentido, no es suficiente definir los procedimientos sino hacer que se cumplan. En todo caso, lo que haga en este elemento debe integrarse con lo definido en el modelo de operación por procesos.

A pesar que el resultado es satisfactorio al indicar que existen procedimientos dentro del Hospital, no existe este manual escrito como tal.

**7.2.2.2.1.3 Controles.** Los controles en el área administrativa de la Unidad Nivel I de Caldon se realizan ADECUADAMENTE (3,5), se recomienda que dichos Controles ya sean preventivos o correctivos se deben diseñar para las actividades, tomando como base los procesos identificados y las políticas de operación, con e fin de definir las acciones conducentes a reducir los riesgos.

Con el fin de mejorar el diseño de este elemento de control la Función Pública



propone la siguiente metodología:

1. Establecer los criterios y parámetros necesarios para el diseño de controles en la., actividades de los procesos (definidos en el Elemento Modelo de Operación por Procesos).
2. Asistir técnicamente a los responsables de los procesos en el diseño de los controles, para la cual se tomará como base la Calificación y Evaluación de Riesgos (ejercicio realizado a través del elemento Análisis de los Riesgos).
3. Retomar la lista de calificación y evaluación de riesgos y seleccionar en ella, los riesgos inaceptables, importantes y moderados para la respectiva actividad, que requieran medidas de reducción según su calificación.
4. Con base en la revisión anterior, diseñar los Controles para los riesgos en orden de mayor a menor calificación; para ello es importante diligenciar el Formato Diseño de Controles y Análisis de Efectividad.

Para diligenciar el Formato tenga en cuenta que se debe determinar el tipo de control más conveniente para el manejo del riesgo, a saber, preventivo o correctivo con base en las posibles consecuencias de ocurrencia del riesgo, y las acciones de prevención consideradas pan manejar el riesgo identificado.

## FORMATO 2. Formato 2.1.3 Diseño de Controles y análisis de efectividad.

Formato 2.1.3 Diseño de Controles y Análisis de Efectividad.								
Componente: ACTIVIDADES DE CONTROL.								
Elemento: CONTROLES.								
Proceso: (Código y Nombre)								
Procedimiento: (Código y Nombre)								
Actividad <sup>16</sup>	Riesgo	Acciones <sup>17</sup> de Diseño	Criterios	Tipo de Control <sup>18</sup>	Control Propuesto	Eficacia	Eficiencia	Efectividad
Actividad 1								
Actividad 2								
Actividad n								

Fuente: DAFP MECI 1000:2005

Es importante proponer un control que pueda asociarse a la actividad analizada con el fin de prevenir la ocurrencia del riesgo, teniendo en cuenta los criterios definidos.

5. Analizar y aprobar los Controles sugeridos para cada proceso, o solicitar que se efectúen los ajustes necesarios.
6. Medir la Eficacia de los Controles, seleccionando el riesgo para el cual fue diseñado cada control propuesto; para ello use la tabla eficacia de los controles que se encuentra en la Guía de Administración del Riesgo.
7. Medir la Eficiencia de los Controles, valorando cualitativamente el beneficio que presta el control y el costo que genera implementarlo.
8. Medir la Efectividad de los Controles utilizando los valores de la eficacia y eficiencia de cada control.
9. Confrontar el resultado de efectividad del Control con la calificación y evaluación del riesgo con el fin de determinar el nivel de riesgo. Este resultado es importante para la formulación de la Política de Administración

de Riesgos. Responsable: Equipo MECI y servidores asignados al proceso de acuerdo con el Modelo de Operación.

10. Revisar periódicamente los Controles diseñados para cada actividad y proponer los ajustes necesarios, incluyendo las modificaciones que se consideren pertinentes.

Normas de referencia:

- Ley 87 de 1993, artículo 4.
- Decreto 1537 de 2001, artículo 2.
- Ley 872 de 2003.
- Decreto 4110 de 2004.
- Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública, NTCGP 1000:2004
- Guía de Administración del Riesgo (Versión 2006).

**7.2.2.2.1.4 Indicadores.** Los Indicadores se han establecido de manera ADECUADA (3.0), para el mejoramiento de esta actividad es importante tener en cuenta que los indicadores son mecanismos que permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes y de los procesos de la entidad, estos se diseñan a partir del Direccionamiento Estratégico y de la Caracterización de los Procesos, es importante establecer una medición periódica ya que permite establecer el grado de avance o logro de los objetivos trazados y de los resultados esperados del proceso, en relación con los productos y servicios que éste genera para la ciudadanía o para las partes interesadas de la entidad.

Para su aplicación deben definirse las variables, las unidades de medida y los parámetros o metas frente a los cuales se medirá la gestión de los procesos, el

desempeño de los servidores, los riesgos que afectan las operaciones, la gestión de la entidad y el impacto de los resultados entregados a la ciudadanía y a las partes interesadas. Igualmente, se sugiere establecer rangos de gestión, donde se definan los valores máximos o mínimos que permitan mantener al indicador en condiciones de control y faciliten el uso de alertas.

A pesar que el resultado es adecuado, estos indicadores no existen dentro de la Unidad Nivel I de Caldon, se sugiere diligenciar el siguiente formato:

### FORMATO 3. Formato 2.1.4 Diseño de Indicadores

Formato 2.1.4 Diseño de Indicadores									
Componente: Actividades de Control.									
Elemento: Indicadores.									
Objetivo Institucional:									
Plan/ Programa/ Proyecto/ Proceso	Factor Crítico de Éxito	Tipo de indicador	Denominación del Indicador	Formula	Descripción	Meta	Rango de Gestión	Periodicidad	Responsable
Variable o aspecto clave del proceso de cuyo resultado depende el logro de los objetivos	Definir si es de eficiencia, eficacia o efectividad	Establecer un nombre que identifique el resultado que se requiere obtener, al establecer la relación entre variables o el factor clave	Determinar la relación entre variables o fórmula para calcular el valor del indicador, Tener en cuenta en este paso, la definición de los puntos o actividades donde se realiza la medición correspondiente, para así garantizar lo esperado.	Interpretar el resultado obtenido frente a la medición efectuada a partir de las variables definidas para el Indicador.	Consignar, el resultado que se desea alcanzar, respecto del Factor Crítico a medir.	Definir los valores máximos o mínimos que permitan mantener al indicador en condiciones de control y faciliten el uso de alertas.	Señalar la frecuencia con que se realizará la medición del indicador.	Determinar el servidor público a quien por sus funciones, corresponde medir e interpretar el Resultado del Indicador	
Verificar que las unidades en estas cinco columnas sean congruentes y lo hagan al mismo nivel del Modelo de Operación. En caso contrario, realizar los ajustes correspondientes.									

Fuente: DAFP MECI 1000: 2005

**7.2.2.2.1.5. Manual de Procedimientos.** El Manual de Procedimientos (de Operación) de la entidad, esta en la fase de ajustes, este documento cumple con los requerimientos legales y radica su importancia en que consolida todos los lineamientos, políticas, normas o disposiciones internas generadas en el diseño de los componentes Ambiente de Control, Direccionamiento Estratégico, Administración de Riesgos y Actividades de Control, asegurando que contenga todos los aspectos necesarios para dirigir las operaciones de la entidad hacia el logro de sus objetivos.

Se ha evaluado este elemento como ADECUADO (3.0), se sugiere acatar la metodología establecida por la Función Pública para su terminación e implementación.

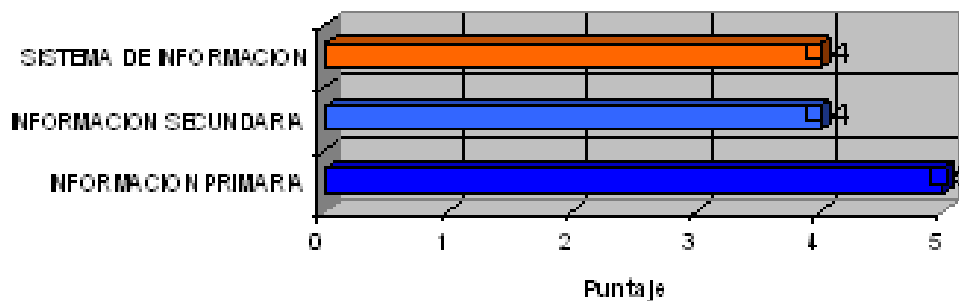
**7.2.2.2.2. Componente Información.** La forma como se maneja la fluidez de la información en todos sus aspectos es SATISFACTORIA, a este componente se le ha asignado una valoración de 4.33. Es evidente que se tiene conciencia sobre la importancia de este elemento de Control, que garantiza la base de la transparencia de la actuación pública del hospital en cuanto a la Rendición de Cuentas a la Comunidad y el cumplimiento de obligaciones de información.

**TABLA 11. Evaluación del componente de información de la Unidad Nivel I de Caldone – Cauca.**

COMPONENTE	ELEMENTOS	CALIF	INTERPRETACION	CAL GRL	INTERPRETACION
INFORMACION	INFORMACION PRIMARIA	5.0	SATISFACTORIO	4.33	
	INFORMACION SECUNDARIA	4.0	SATISFACTORIO		SATISFAC TORIO
	SISTEMA DE INFORMACION	4.0	SATISFACTORIO		

Como Componente de Control, la Información se estructura en los siguientes elementos:

**GRAFICO 6. Subsistema Control Gestión - Información de la Unidad de Salud Nivel I Caldone- Cauca.**



**7.2.2.2.1 Información Primaria.** El manejo de la Información Primaria se establece SATISFACTORIAMENTE (5.0), (ver TABLA 11. Evaluación del componente de actividades de control de la Unidad Nivel I de Caldone – Cauca, y grafico 6. SUBSISTEMA CONTROL GESTION / Información de la Unidad de Salud Nivel I Caldone- Cauca), proviene de fuentes externas y se procesa dentro de la entidad, circunscribiéndose a su entorno.

Es importante tener en cuenta que la principal fuente de Información Primaria como elemento de control es la ciudadanía y las partes interesadas, por consiguiente, debe ser observada de manera permanente con el fin de reducir los riesgos y optimizar la efectividad de las operaciones.

En el Hospital hay un manejo eficiente de la sección de quejas y reclamos, frente a este aspecto es determinante definir una acción correctiva inmediata y una acción preventiva de la causa que las origina.

Por otra parte es importante implementar el registro sistematizado de las observaciones de veedurías y grupos de control social, convocarlos para realizar control social al proceso de contratación y atender sus recomendaciones escritas o verbales frente a este proceso.

Así mismo, pueden incorporarse observaciones y recomendaciones de evaluación ciudadana frente a la gestión institucional y la formulación de planes y programas, promover la organización de veedurías o grupos de control social o consultar previamente a ciudadanos sobre proyectos normativos que considere pertinente la entidad o sobre sus necesidades e intereses referente a los servicios que la misma presta.

**7.2.2.2.2 Información Secundaria.** El manejo de Información Secundaria se lleva a cabo de manera SATISFACTORIA (4.0), se sugiere tener en cuenta que la información secundaria proporciona elementos de juicio a la ciudadanía o partes interesadas, para que verifiquen y determinen el grado de cumplimiento de los compromisos adquiridos por la entidad.

Debe garantizarse su registro oportuno, exacto y confiable para su divulgación, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones.

Para lograr una efectiva operación en la entidad, la información debe fluir sin ningún obstáculo: es un instrumento y no un fin; su aplicación abarca todos los ámbitos de la organización; constituye el soporte al diseño, operación, evaluación y mejoramiento de los procesos y debe ser considerada como uno de sus principales recursos o activos organizacionales.

**7.2.2.2.3 Sistemas de Información.** Este elemento de Control, se evalúa como SATISFACTORIO (4.0), es necesario tener en cuenta que la eficiencia en la aplicación de este elemento agiliza la obtención de informes y hace confiable la ejecución de las operaciones internas, al igual que la generación de datos e información dirigida a la ciudadanía y a las partes interesadas.

Los Sistemas de Información, necesitan de un componente físico (hardware), de programas (software), recurso humano, y los datos que se pretende procesar para agregarle valor obteniendo información adicional de mayor soporte.

Teniendo en cuenta que de acuerdo a las encuestas realizadas dentro de este elemento, la Unidad Nivel I de Caldoño no cuenta con un sistema en red de información en su totalidad, se tienen implementadas algunas redes pero falta terminar el proceso.

**7.2.2.2.3 Componente Comunicación Pública.** Este componente se evalúa como SATISFACTORIO con un valor de 4.5 (ver TABLA 12. Evaluación del componente de comunicación Pública del hospital de Caldoño – Cauca).

Se reconoce el perfeccionamiento de las relaciones humanas de la entidad pública con sus grupos de interés internos y externos, lo que facilita el

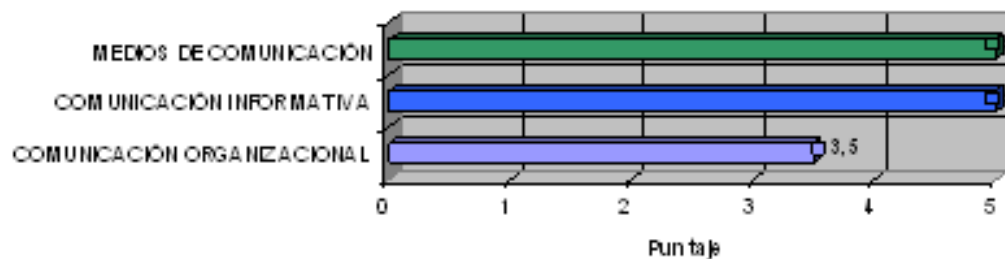


cumplimiento de los objetivos institucionales y sociales, en concordancia con lo establecido en el artículo 32 de la Ley 489 de 1998.

**TABLA 12. Evaluación del componente de comunicación Pública de la Unidad Nivel I de Caldono – Cauca.**

COMPONENTE	ELEMENTOS	CALIF	INTERPRETACION	CAL GRL	INTERPRETACION
COMUNICACIÓN PUBLICA	COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	3.5	ADECUADO	4.5	
	COMUNICACIÓN INFORMATIVA	5.0	SATISFACTORIO		SATISFACTORIO
	MEDIOS DE COMUNICACION	5.0	SATISFACTORIO		

**GRAFICO 7. Subsistema Control Gestión - Comunicación publica en la Unidad de Salud Nivel I Caldono- Cauca**



El grafico 7. SUBSISTEMA CONTROL GESTION - Comunicación publica en la Unidad de Salud Nivel I Caldono- Cauca, la comunicación informativa y organizacional tiene calificación satisfactoria de 5, debido a que en la entidad se cumple el principio constitucional de publicidad y se garantizar la divulgación de la información hacia los diferentes grupos de interés.

**7.2.2.2.3.1 Comunicación Organizacional.** Elemento de Control, que al interior de la Unidad Nivel I de Caldon se ejecuta de manera ADECUADA (3.5), es fundamental entender que dicho elemento permite orientar la difusión de políticas y la información generada al interior de la entidad hospitalaria para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar de la entidad.

Este Elemento debe convocar a los servidores en torno a una imagen corporativa que comprenda una gestión ética, eficiente y eficaz que proyecte su compromiso con la rectitud y la transparencia, como gestores y ejecutores de lo público, contribuyendo al fortalecimiento del Clima Laboral.

La entidad debe revisar el proceso de comunicación, buscando articular acciones y esfuerzos de los servidores de la entidad con los propósitos misionales.

**7.2.2.2.3.2 Comunicación Informativa.** Elemento de Control, evaluado como SATISFACTORIO (5.0), su manejo garantiza la difusión de información de la entidad pública sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés.

Es importante considerar que la planeación de la Comunicación Informativa debe trabajarse como un eje estratégico transversal a la estructura organizacional con el fin de darle cumplimiento al principio constitucional de publicidad.

**7.2.2.2.3.3 Medios de Comunicación.** El elemento Medios de Comunicación ha sido evaluada como SATISFACTORIA (5.0), su manejo cumple el fin de

constituirse en el conjunto de procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados por la entidad pública, para garantizar la divulgación, circulación amplia y focalizada de la información y de su sentido, hacia los diferentes grupos de interés.

**7.2.2.3 Subsistema de Control de Evaluación.** El Subsistema de Control de Evaluación no se aplica en el entorno administrativo de la Unidad Nivel I de Caldono por tal razón se evalúa con un puntaje de 1.87, cuya interpretación es INSUFICIENTE CRITICO.

Teniendo en cuenta que este subsistema desarrolla mecanismos de medición, evaluación y verificación, necesarios para determinar la eficiencia y eficacia del Sistema de Control Interno en la realización de su propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la entidad; si todas las operaciones se realizan de conformidad con los principios de la función pública establecidos en la Constitución Política, la ley y las políticas trazadas por la dirección en atención a las metas u objetivos previstos, es urgente iniciar actividades de implementación del mismo.

Es vital entender que a partir de los resultados de la evaluación a la efectividad del Sistema de Control Interno, al conjunto de planes, programas, proyectos, objetivos y metas previstas por la entidad, se deben incorporar en la planificación corporativa, acciones de mejoramiento continuo de la organización, así como las recomendaciones producto de la vigilancia que realiza el órgano de control fiscal.

El Subsistema se estructura bajo tres Componentes:

- Autoevaluación.
- Evaluación Independiente.
- Planes de Mejoramiento.

Partiendo del hecho que ninguno de los componentes y elementos de este subsistema de control se aplican en el entorno administrativo de la Unidad Nivel I de Caldon, a continuación se desarrollan dichos componentes a manera de sugerencias basados en la documentación emitidos por el Departamento de la Función Pública.

**7.2.2.3.1 Componente Autoevaluación.** Evaluación: INSUFICIENTE (2-0). Conjunto de Elementos de Control que al actuar en forma coordinada en la entidad pública, permite en cada área organizacional medir la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y los resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias al cumplimiento de los objetivos previstos por la entidad.

Una vez efectuado el diseño e implementación de los elementos de control, orientados a controlar los procesos de la entidad, deberá emprenderse en forma paralela el diseño e implementación de los mecanismos de verificación que permitan determinar la eficiencia y eficacia de los controles, el logro de los resultados de cada proceso y el buen desempeño de los servidores que llevan a cabo la ejecución de las operaciones.

La Autoevaluación evalúa los controles y monitorea la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados por los procesos, evaluando su diseño y operación en un período de tiempo determinado, por medio de la

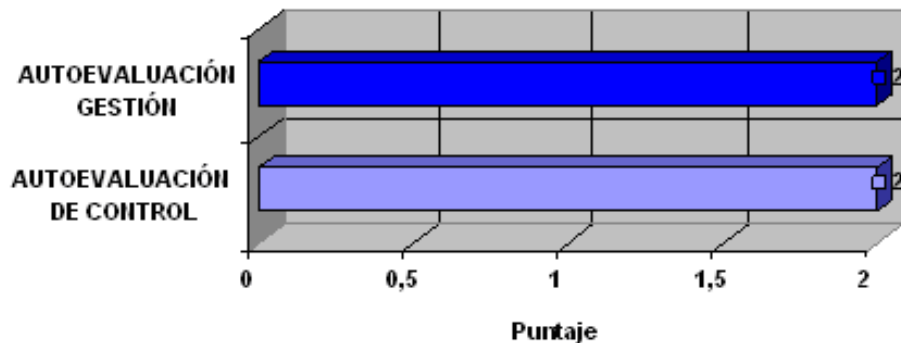
medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito es tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño.

**7.2.2.3.1.1 Autoevaluación del Control.** Evaluación: INSUFICIENTE (2.0), (ver TABLA 13. Evaluación del componente de auto evaluación la Unidad Nivel I de Caldone – Cauca).

**TABLA 13. Evaluación del Componente de Autoevaluación de la Unidad Nivel I de Caldone – Cauca.**

COMPONENTE	ELEMENTOS	CALIF	INTERPRETACION	CAL GRL	INTERPRETACION
AUTOEVALUACION	AUTOEVALUACION DE CONTROL	2.0	INSUFICIENTE	2.0	INSUFICIENTE
	AUTOEVALUACION DE GESTION	2.0	INSUFICIENTE		

**GRAFICO 8. Subsistema Control Evaluación - Autoevaluación en la Unidad de Salud Nivel I Caldone- Cauca.**



En el grafico 8. SUBSISTEMA CONTROL EVALUACION/ Autoevaluación en la

Unidad de Salud Nivel I Caldono- Cauca presenta una calificación de 2 que se interpreta como insuficiente debido a que la entidad no cuenta con mecanismo de control para medir la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en tiempo real.

La Autoevaluación del Control debe verificar la efectividad del Sistema de Control Interno para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la entidad y que se apliquen a los mecanismos de participación ciudadana. Se convierte en un proceso periódico en el cual participan los servidores.

Toma como base los parámetros de evaluación incluidos en la definición de cada uno de los elementos del control interno, así como la existencia de controles que se dan en forma espontánea en la ejecución de las operaciones y en la toma de decisiones.

Normas de referencia:

- Ley 87 de 1993
- Decreto 2145 de 1999.
- Ley 489 de 1998.

**7.2.2.3.1.2 Autoevaluación de la Gestión.** Evaluación: INSUFICIENTE (2.0).

Elemento de Control, que basado en un conjunto de indicadores de gestión diseñados en los Planes y Programas y en los Procesos de la Entidad Pública, permite una visión clara e integral de su comportamiento, la obtención de las metas y de los resultados previstos e identificar las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que garanticen mantener la orientación de la Entidad Pública hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

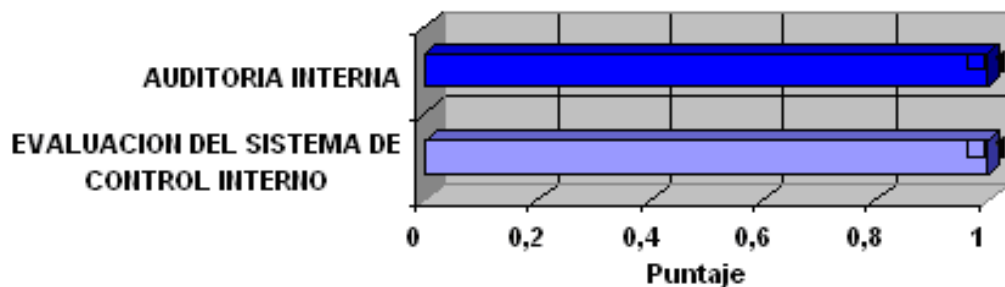
Asimismo, la autoevaluación realiza el seguimiento y control a su gestión particular, mediante la aplicación de los mecanismos e instrumentos de control diseñados y adoptados tanto en los planes como en los procesos y procedimientos.

**7.2.2.3.2 Componente Evaluación Independiente.** Evaluación: INSUFICIENTE CRITICO (1 .0). (Ver TABLA 14. Evaluación del componente de evaluación independiente de la Unidad Nivel I de Caldono - Cauca).

**TABLA 14. Evaluación del Componente de Evaluación Independiente de la Unidad Nivel I de Caldono - Cauca.**

COMPONENTE	COMPONENTE	CALIF	INTERPRETACION	CAL GRL	INTERPRETACION
EVALUACION INDEPENDIENTE	EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	1.0	INSUFICIENTE CRITICO	1.0	INSUFICIENTE CRITICO
	AUDITORIA INTERNA	1.0	INSUFICIENTE CRITICO		

**GRAFICO 9. Subsistema Control Evaluación - Evaluación independiente en la Unidad de Salud Nivel I Caldono- Cauca.**



El grafico 9 SUBSISTEMA CONTROL EVALUACION - Evaluación independiente en la Unidad de Salud Nivel I Caldono- Cauca, la evaluación independiente presenta una calificación de 1 de insuficiente critica debido a que la Unidad no cuenta con herramientas de control interno ni de auditoria.

Conjunto de Elementos de Control que garantiza el examen autónomo y objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y resultados corporativos de la entidad por parte de la Oficina de Control Interno. Unidad de Auditoria Interna o quien haga sus veces. Presenta como características la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza y debe corresponder a un plan y a un conjunto de programas que establecen objetivos específicos de evaluación al control, la gestión, los resultados y el seguimiento a los Planes de Mejoramiento de la entidad.

La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, es la encargada de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y de proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización.

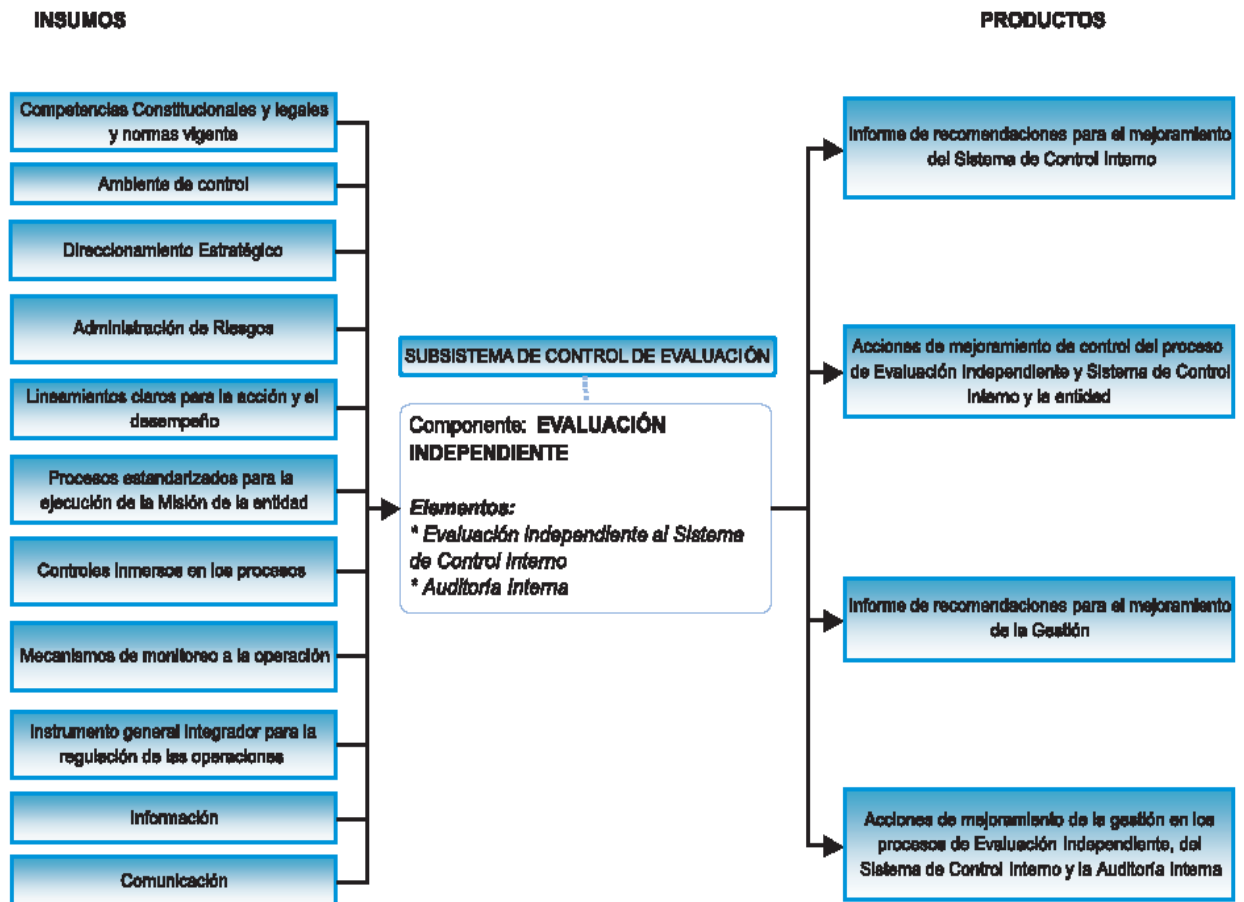
Se ejecuta a través de dos Elementos:

- Evaluación del Sistema de Control Interno.
- Auditoría Interna.

El siguiente gráfico de ilustra los insumos requeridos para el diseño de este Componente de Control, así como los productos que se obtienen de su operación. En algunos casos los productos serán tomados como insumos de otros componentes.



## ILUSTRACIÓN 4. Insumos y Productos del Componente Evaluación Independiente.



Fuente: DAFP MECI 1000:2005

**7.2.2.3.2.1 Evaluación del Sistema de Control Interno.** Evaluación: INSUFICIENTE CRITICO (1.0). Elemento de Control, cuyo objetivo es verificar la existencia, nivel de desarrollo y e grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la entidad pública.

La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces es la responsable de realizar la Evaluación del Sistema de Control Interno observando siempre un criterio de

independencia frente a la operación y la autonomía de los actos de la administración.

La Evaluación del Sistema de Control Interno en forma independiente a la administración de la entidad toma como base el cumplimiento de los objetivos principios y fundamentos del Sistema de Control Interno, la existencia de los diferentes subsistemas, componentes y elementos comprobando la efectividad de cada uno de ellos y su interacción para apoyar el cumplimiento de los objetivos de la entidad; Se sugiere diligenciar el siguiente formato:

**FORMATO 4. Formato 3.2.1 Informe de Evaluaciones Eventuales Independientes de Control Interno.**

Formato: 3.2.1 Informe de Evaluaciones Eventuales Independientes de Control Interno							
Componente:		Evaluación Independiente					
Elemento:		Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno					
Periodo:							
Fecha de elaboración:							
Destinatario:							
Copia a:							
Proceso Evaluado	Área Organizacional Responsable	Elemento de Control Evaluado	Evaluación de Control Interno	Debilidades encontradas	Acciones de Mejoramiento Acordadas	Seguimiento	Evaluación de Control Interno después del seguimiento

Fuente: DAFP MECI 1000:2005

Normas de referencia:

- Ley 87 de 1993
- Decreto 1537 de 2001.
- Decreto 2145 de 1999.

**7.2.2.3.2 Auditoría Interna.** Evaluación: INSUFICIENTE CRITICO (1.0). La Auditoría Interna se constituye en una herramienta de retroalimentación del Sistema de Control Interno, que analiza las debilidades y fortalezas del control, así como el desvío de los avances de las metas y objetivos trazados, influyentes en los resultados y operaciones propuestas en la entidad. Su objetivo es formular recomendaciones de ajuste o mejoramiento de los procesos a partir de evidencias, soportes, criterios válidos, y servir de apoyo a los Directivos en el proceso de toma de decisiones a fin de que se obtengan los resultados esperados.

Su propósito es hacer recomendaciones imparciales a partir de evidencias sobre el grado de cumplimiento de los objetivos, los planes, los programas, proyectos y procesos, así como sobre irregularidades y errores presentados en la operación de la entidad, apoyando a la Dirección en la toma de decisiones necesarias para corregir las desviaciones, sugiriendo las acciones de mejoramiento correspondientes.

La Auditoría Interna debe tener alcance en tres aspectos básicos de evaluación:

- Cumplimiento: verifica la adherencia de la entidad a las normas constitucionales, legales, reglamentarias y de autorregulación que le son aplicables.
- Estratégico: hace referencia al proceso mediante el cual se evalúa y monitorea el desempeño de los sistemas gerenciales de la entidad. Evalúa el logro de los objetivos misionales.
- Gestión y Resultados: verifica las actividades relativas al proceso de gestión de la entidad, con el fin de determinar el grado de economía, eficiencia y

eficacia en el manejo de los recursos y los controles; de los métodos de medición e información sobre el impacto o efecto que producen los bienes y servicios entregados a la ciudadanía o partes interesadas.

El ejercicio de la Auditoría Interna comprende básicamente cuatro fases, a saber: Planeación, Ejecución, Informe y Seguimiento. Su ejecución se soporta en el conjunto de Normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, las cuales buscan estandarizar los procesos auditores y formalizar el trabajo de auditoría propiamente dicho.

Las auditorías deben realizarse con base en un Programa de Auditoría Interna, documento de trabajo detallado que se constituye en la guía para la ejecución del Plan de Auditoría Interna por parte de la Oficina de Control Interno, o quien haga sus veces.

Los resultados de la Auditoría son comunicados al representante legal de la entidad y a cada uno de los niveles directivos responsables para que acojan las recomendaciones, e implementen las acciones de mejoramiento sugeridas por la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

Así mismo, la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces puede realizar Auditorías internas a procesos, actividades u operaciones, no contempladas en el Programa Anual de Auditoría, cuando lo determine el representante legal o las condiciones así lo ameriten.

Metodología:

1. Elaborar el Programa Anual de Auditoría Interna. El cual debería contener como mínimo los siguientes aspectos:

- Identificación de procesos, actividades o áreas críticas
- Objetivos y alcance
- Responsabilidades
- Recursos
- Cronograma de auditoría
- Seguimiento y revisión

Responsable: Oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

2. Presentar el Programa Anual de Auditoría Interna a la máxima autoridad de la entidad y al Comité de Coordinación de Control Interno, para lograr su apoyo y compromiso mediante su aprobación. Responsable: Oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

3. Realizar las actividades propias de la auditoría. Para el desarrollo de las Auditorias se requiere:

- Documento de análisis general de la entidad.
- Planes y Programas.
- Proyectos.
- Informes anteriores de la Oficina de Control Interno.
- Informes resultantes de la Auto evaluación del Control.
- Informes anteriores de órgano de control fiscal.
- Planes de mejoramiento.
- Normas de Auditoría Interna Generalmente Aceptadas.
- Plan General de Contabilidad Pública.
- Disposiciones del Gobierno Nacional y órganos de control a las cuales se encuentra sujeta la entidad.

Responsable: Oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

4. Presentar los resultados a la máxima autoridad de la entidad para su conocimiento y acciones pertinentes, con copia al responsable del proceso o área auditada. Responsable: Oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

5. Realizar el seguimiento a las acciones preventivas o correctivas implementadas objeto de la auditoría. Responsable: Oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

Normas de referencia:

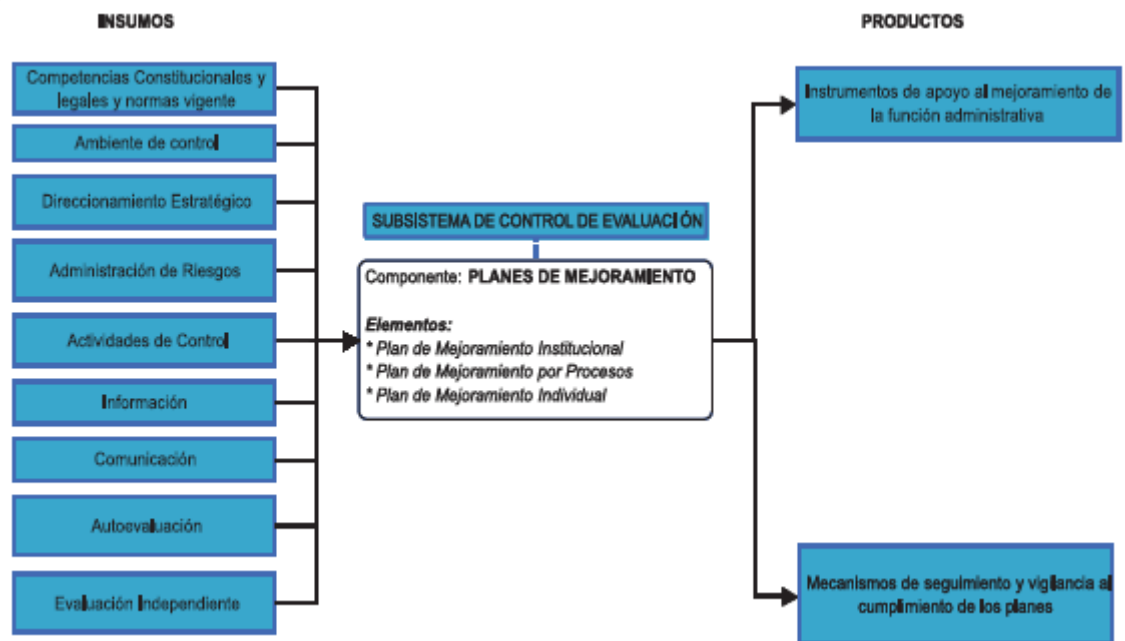
- Ley 87 de 1993.
- Decreto 1826 de 1994.
- Decreto 1537 de 2001.
- Normas de Auditoria Generalmente Aceptadas.
- Instrumentos Técnicos emitidos por el DAFP
- Guía Rol de las Oficinas de Control Interno, Departamento Administrativo de la Función Pública.

**7.2.2.3.3 Componente Planes de Mejoramiento.** Evaluación: INSUFICIENTE  
(2.6) Conjunto de Elementos de Control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de Autoevaluación, de Evaluación independiente y de las observaciones formales provenientes de los órganos de Control.

El siguiente gráfico ilustra los insumos requeridos para el diseño de este Componente de Control, así como los productos que se obtienen de su operación.

En algunos casos los productos serán tomados como insumos de otros componentes:

### ILUSTRACIÓN 5. Insumos y Productos del Componente Planes de Mejoramiento.



Fuente: DAFP MECI:1000:2005

El objetivo primordial del Plan de Mejoramiento es promover que los procesos internos de las entidades se desarrollen en forma eficiente y transparente a través de la adopción y cumplimiento de las acciones correctivas y a la implementación de metodologías orientadas al mejoramiento continuo.

Las siguientes son las normas de referencia:

- Constitución Política Art.119, 268 y 269.

Resolución 5580 de 2004 de la Contraloría General de la República "por la cual se reglamenta la metodología de los planes de mejoramiento y se modifica parcialmente la Resolución Orgánica 5544 de 2003".

Resolución 003 de 2005 de la Auditoría General de la República "por la cual se dictan normas sobre planes de mejoramiento de las contralorías".

Los Planes de Mejoramiento consolidan acciones derivadas de la Auditoría Interna y de las recomendaciones generadas por la Evaluación Independiente, tomando como base la definición de un programa de mejoramiento de la entidad a partir de:

- Los objetivos definidos.
- La aprobación por la autoridad competente.
- La asignación de los recursos necesarios para la realización de los planes.
- La definición del nivel de responsabilidad.
- El seguimiento a las acciones planeadas.
- La fijación de las fechas límites de implementación.
- La determinación de los indicadores de logro.
- El seguimiento a las mejoras, con lo cual se establecen las especificaciones de satisfacción y confiabilidad.

En el orden Territorial, las entidades deberán adoptar los lineamientos que para tal efecto establezcan las Contralorías Territoriales.

Los Planes de Mejoramiento generados por la auditoría realizada por las Contralorías operan de manera independiente respecto de los obtenidos como producto de la Auditoría Interna y Evaluación Independiente.

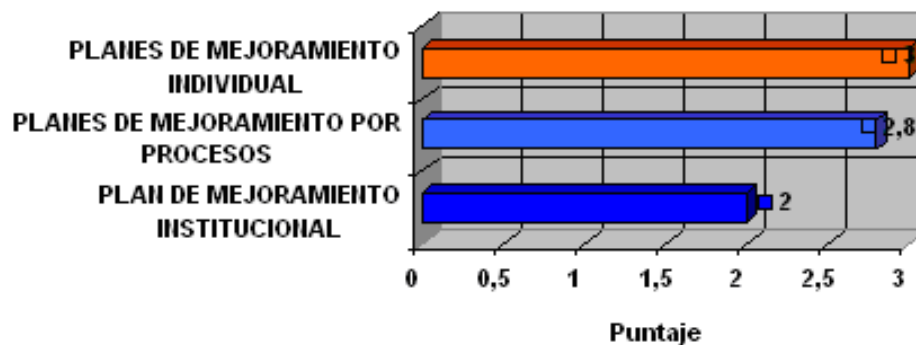


**7.2.2.3.3.1 Plan de Mejoramiento Institucional.** El Plan de Mejoramiento se cumple insatisfactoriamente, por tal razón los servidores lo evalúan como INSUFICIENTE (2.0). (Ver TABLA 15. Evaluación del componente planes de mejoramiento de la Unidad Nivel I de Caldono - Cauca).

**TABLA 15. Evaluación del Componente Planes de Mejoramiento de la Unidad Nivel I de Caldono - Cauca.**

COMPONENTE	ELEMENTOS	CALIF	INTERPRETACION	CALIF GRL	INTERPRETACION
PLANES DE MEJORAMIENTO	PLANES DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	2.0	INSUFICIENTE	2,80	INSUFICIENTE
	PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS	2.8	INSUFICIENTE		
	PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL	3.0	ADECUADO		

**GRAFICO 10. Subsistema Control Evaluación 7 Planes de mejoramiento de la Unidad de Salud Nivel I de Caldono.**



El grafico 10. SUBSISTEMA CONTROL EVALUACION 7 Planes de mejoramiento de la Unidad de Salud Nivel I de Caldono – Cauca, se observa que el Plan de Mejoramiento Institucional tiene calificación de 2 como insuficiente, debido a que

no cuenta con la auditoria interna que recoge las recomendaciones y análisis generados en el desarrollo de los Componentes de Auditoria .

Este elemento de Control, permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de la entidad, integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus procesos debe operar la entidad para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, misión y objetivos en los términos establecidos en la norma de creación y la ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político y con las partes interesadas.

El Plan de Mejoramiento Institucional recoge las recomendaciones y análisis generados en el desarrollo de los Componentes de Auditoria Interna, Evaluación Independiente y las observaciones del órgano de Control Fiscal. La entidad debe estructurar el Plan de Mejoramiento que ha de adelantarse en un periodo determinado, ajustado con su misión, visión, objetivos institucionales, funciones y los recursos disponibles.

Su contenido debe contemplar las observaciones y el resultado del análisis de las variaciones presentadas entre las metas esperadas y los resultados obtenidos-, así como la definición de su objetivo, alcance, acciones a implementar, metas, la asignación de los responsables y de los recursos requeridos, el tiempo de ejecución y las acciones de seguimiento necesarias para verificar su cumplimiento.

Metodología:

Para el diseño del Elemento de Control Planes de Mejoramiento Institucional, es necesario tener en cuenta, cuando sea aplicable, las recomendaciones provenientes de la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno, las

recomendaciones contenidas en los Informes de Auditoría Interna y Control Fiscal.

Los pasos a seguir son:

1. Elaborar y consolidar el Plan de Mejoramiento Institucional considerando, entre otros, los siguientes aspectos:

- Procesos
- Área organizacional responsable
- Causas
- Acciones
- Indicadores
- Responsables de la ejecución
- Recursos
- Cronograma de ejecución
- Observaciones.

Responsable: Representante Legal y los servidores responsables de los procesos.

2. Presentar los avances a la ejecución del Plan de Mejoramiento Institucional al Comité de Coordinación de Control Interno.

3. Hacer seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento Institucional.  
Responsable: Oficina de Control Interno o quien haga sus veces.

**7.2.2.3.3.2 Planes de Mejoramiento por Procesos.** El cumplimiento de este elemento en el Hospital es INSUFICIENTE (2.8), es necesario reconocer que los Planes de Mejoramiento por Procesos contienen las acciones para subsanar las

variaciones presentadas entre las metas esperadas para cada proceso y los resultados alcanzados. En su formulación se incluye: la descripción de las causas y consecuencias de dichas variaciones, la definición de su objetivo, alcance, acciones a implementar y metas de logro en el tiempo, la asignación de los responsables y el seguimiento necesario para verificar su cumplimiento. Además, debe incluir aquellos aspectos constitutivos del Plan de Mejoramiento Institucional que contribuyen a su desarrollo.

### Metodología

1. Elaborar y consolidar el Plan de Mejoramiento por Procesos, considerando, entre otros, los siguientes aspectos:

- Procesos
- Causas
- Acciones
- Indicadores
- Responsables de la Ejecución
- Recursos
- Cronograma de Ejecución
- Observaciones

2. Presentar los avances a la ejecución del Plan de Mejoramiento por Procesos al Representante Legal.

3. Hacer seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento por Procesos.

**7.2.2.3.3.3 Planes de Mejoramiento Individual.** Se evalúa como ADECUADO

este elemento de Control, para el mejoramiento del mismo se debe tener en cuenta que dicho contiene los compromisos que asume el servidor con el fin de superar las brechas presentadas entre su desempeño real y el desempeño que se espera de él. Los parámetros de referencia del desempeño esperado están definidos de acuerdo con las funciones y competencias de cada empleo, el instrumento de evaluación del desempeño, los Acuerdos de Gestión y el Plan de Mejoramiento por Procesos.

Estos planes deben guardar coherencia con la evaluación por dependencias que debe presentar la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, en cumplimiento del artículo 39 de la Ley 909 de 2004.

#### Metodología:

Para el diseño del Elemento de Control Planes de Mejoramiento Individual es necesario tener en cuenta, cuando sea aplicable, las recomendaciones provenientes de la Autoevaluación del Control, Autoevaluación de la Gestión, la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno, las recomendaciones contenidas en los Informes de Auditoría Interna y los resultados de las evaluaciones del desempeño (empleados de carrera administrativa) y de los Acuerdos de Gestión (gerentes públicos). Los pasos a seguir son:

1. Elaborar y consolidar el Plan de Mejoramiento Individual, consignando en él los compromisos asumidos por el servidor para mejorar aquellas actitudes o conductas laborales que inciden en su desempeño. Así mismo, en este Plan debe quedar claro el compromiso del servidor de recibir la capacitación que le brinda la entidad, a través del plan institucional de capacitación, con el fin de mejorar su capacidad individual para el desempeño de su cargo.
2. Hacer seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento Individual.

Normas de referencia:

- Ley 909 de 2005.
- Decreto 2770 de 2005.

### **7.3 IDENTIFICACIÓN DE FACTORES CRÍTICOS DE ÉXITO**

#### **Fortalezas y debilidades**

Debilidades:

- La no existencia de un código de ética
- No se tiene un plan de incentivos.
- No se tiene un plan de capacitación.
- Los resultados de la evaluación del desempeño no sirve para programar acciones de capacitación y desarrollo de los servidores.
- No se realiza proceso de inducción y reinducción.
- Se tiene un mayor número de contratistas que de funcionarios.
- El organigrama no se ha legalizado
- No se dispone de un manual de procesos y procedimientos.
- No se dispone de un mapa de riesgos, ni valores de los mismos.
- No se tiene un comité del MECI.
- No hay un responsable de la implementación del MECI.
- No se dispone de controles para cada una de las actividades.
- No se tiene un control de la evaluación.
- No existen planes de mejoramiento.

- No hay autocontrol en el personal.

Fortalezas:

- Se tiene una dirección con autoridad y confianza.
- La entidad tiene definida la misión, visión y objetivos y se ha socializado.
- Cuenta con un organigrama actualizado.
- El personal conoce sus funciones y responsabilidades.
- Han identificado riesgos internos y externos que afectan el funcionamiento del Hospital.
- La comunicación es satisfactoria al interior del Hospital.

**7.4 PLAN DE TRABAJO A SEGUIR PARA IMPLEMENTAR EL MECI 1000/2005 EN LA UNIDAD NIVEL I DE CALDONO CAUCA.**

145

No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FECHA LIMITE	PRODUCTO	SEGUIMIENTO
1	Delegado de Dirección	Caracterizar la concepción de la ética y la convivencia en la unidad I de Salud de Caldonó Constitución del comité de ética	Marzo 31 - 2008	Documento regulador de ética y convivencia	grupo directivo MECI
2	Delegado de la dirección jefe de personal	Desarrollo de talento humano	Mayo 30 2008	Política para selección y vinculación del talento humano Programas de inducción y reinducción Programa de capacitación _ Plan de evaluación e incentivos	Grupo MECI
3	Delegado de la dirección Planeación	Política de administración del riesgo	Junio 30 2008	Mapa de riesgos y plan de mejoramiento	Grupo evaluador
4	Delegado de la dirección Planeación	Establecer políticas de operación	Diciembre 2007	Documento de políticas para procesos	Grupo evaluador
5	Delegado de la dirección – Planeación	Formular un manual de procedimientos	Septiembre 2008	Levantar los procedimientos para consolidarlos en un manual	Grupo evaluador
6	Delegado de la dirección – Planeación	Formular un manual de indicadores	Septiembre 2008	Diseñar los indicadores para todos los proceso misionales que permita evaluar la	Grupo directivo MECI



No.	RESPONSABLE	ACTIVIDAD	FECHA LIMITE	PRODUCTO	SEGUIMIENTO
				gestión	
7	Delegado de Dirección	Autoevaluación	Marzo 31 - 2008	Establecer puntos de control en los procedimientos y verificar su eficacia Fomentar la cultura de control entre los servidores	Grupo MECI
8	Delegado de Dirección	Evaluación independiente	Septiembre 2008	Aplicar las disposiciones que rigen en materia de control interno o contratar una auditoria	Grupo MECI
9	Representante de la dirección	Evaluación independiente	Marzo 2008	organizar el comité del MECI	Grupo MECI

## 8. CONCLUSIONES

- En la entidad hospitalaria de Caldono no se cuenta con un código de ética o decálogo de valores, lo cual va en detrimento de los principios de comportamiento, y el no cumplimiento de La Política de Desarrollo Administrativo de Moralización y Transparencia en la Administración Pública.
- El hospital se caracteriza por tener un estilo de dirección Satisfactorio que de acuerdo con su naturaleza, favorece el control y orienta claramente hacia la prestación de un servicio público con transparencia, eficacia, eficiencia, y un uso responsable de los servicios públicos.
- Se identifica la percepción y conocimiento que tienen los servidores sobre su existencia, coherencia y desarrollo, se evidencia en el entorno administrativo que se tiene identificada la misión y visión.
- No se tiene políticas estables de administración del riesgo, al igual que no se determina el nivel o grado de exposición de la Unidad Nivel I de Caldono al impacto del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento, por lo tanto no se cuenta con el insumo que permita establecer prioridades para el manejo y fijación de políticas.

- En la Unidad Nivel I de Caldono hay un manejo eficiente de la sección de quejas y reclamos lo que favorece a la ciudadanía como elemento de control y fuente de información primaria.
- Los medios de comunicación garantizan la divulgación, circulación amplia y focalizada de la información y de su sentido, hacia los diferentes grupos de interés.
  
- La Unidad Nivel I de Caldono no cuenta con mecanismos de verificación que permitan determinar la eficiencia y eficacia de los controles, el logro de los resultados de cada proceso y el buen desempeño de los servidores que llevan a cabo la ejecución de las operaciones.
  - No cuenta con auditoria interna
  - No cuenta con oficina de control interno
  - No se tiene un comité del MECI.
  - No hay un responsable de la implementación del MECI.
  - No se dispone de controles para cada una de las actividades.
  - No se tiene un control de la evaluación.

## 9. RECOMENDACIONES

- Se sugiere la elaboración de un código de ética para favorecer la resolución de conflictos internos y sobre todo lograr el mejoramiento del ambiente interno del hospital.
- Se recomienda diseñar, aplicar, verificar y evaluar un manual de proceso y procedimientos.
- Previo a la definición de los planes y programas, es importante consultar a la ciudadanía, y a las partes interesadas sobre los requerimientos, expectativas, necesidades y prioridades, mediante mecanismos de consulta directa como audiencias públicas, jornada de consulta a través de foros, sesiones de priorización de proyectos, entre otros.
- Para la caracterización de los procesos se deben tener en cuenta, entre otros elementos: el macro proceso al que pertenece (si aplica), el nombre del proceso, código, alcance, objetivo, soporte legal, versión, insumos, proveedores, actividades del proceso, descripción, recursos (humanos,

tecnológicos, financieros y de información), responsables, productos, clientes, puntos de control e indicadores.

- Es necesario determinar el grado de exposición del hospital al riesgo, ya que a través de el se establecen a nivel estratégico los mayores riesgos a los cuales esta expuesta la entidad hospitalaria, permitiendo emprender acciones inmediatas de respuesta ante ellos a través del diseño de políticas y la aplicación de acciones tendientes a evitar, reducir, dispersar o transferir el riesgo; o asumir el riesgo residual, el cual se entiende como el nivel restante de riesgo después de que se han tomado medidas de manejo del mismo.
- Establecer las guías de acción para que todos los servidores públicos coordinen y administren los eventos que pueden inhibir el logro de los objetivos Estructurar la oficina de control interno y auditoría interna.
- La entidad debe estructurar el Plan de Mejoramiento que ha de adelantarse en un periodo determinado, ajustado con su misión, visión, objetivos institucionales, funciones y los recursos disponibles.
- Elaborar y consolidar el Plan de Mejoramiento Individual, consignando en él los compromisos asumidos por el servidor para mejorar aquellas actitudes o conductas laborales que inciden en su desempeño. Así mismo, en este Plan.

## BIBLIOGRAFIA

DECRETO 1599 de 2005. Diáριο Oficial. Nº 45917, Ediciones Juridicas. Bogotá. Mayo 2005.

ANEXO TÉCNICO DE MODELOS ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 1000:2005, 2005.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual de implementación del modelo estándar del control interno para el estado Colombiano, MECI 1000:2005, Marzo 2006.

AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA ELDESARROLLO INTERNACIONAL - USAID- Marco Conceptual. Programa Fortalecimiento de la Transparencia y la Rendición de Cuentas en Colombia. 1 Ed. Febrero de 2004.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía Rol de las Oficinas de Control Interno, o quien haga sus veces. Bogotá, D.C.. 2002.

CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL CIRCULAR No. 05 DE 2006.

NTC 5254, Gestión del Riesgo Dentro del Proceso de Auditoria Interna.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA.. Guía Básica de las Oficinas de Control Interno. 1999.

[www.dafp.gov.co](http://www.dafp.gov.co). E-mail: [Webmaster@dafp.gov.co](mailto:Webmaster@dafp.gov.co). Bogotá D.C., Colombia, CIRCULAR No. 03 DE 2005.

## **ANEXO 1**

### **SISTEMA DE CONTROL INTERNO UNIDAD NIVEL I DE CALDONO - CAUCA ACTA No. 002 CALDONO – CAUCA 4 DE ABRIL DE 2007**

El suscrito Director de la Unidad Nivel I de Caldono conjuntamente con el Equipo Directivo de la Entidad manifiestan su interés de coadyuvar de manera directa y recurrente a la Implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 en la Unidad Nivel I de Caldono de Caldono Cauca a través de la expedición de una acta por medio del cual se adopta y reglamenta el Modelo Estándar de Control Interno, en cumplimiento del mandato constitucional y legal de la Entidad Pública y en particular a lo establecido en el Decreto 1599 del 20 de Mayo de 2005.

El Sistema de Control Interno que se adopta, se constituirá un instrumento gerencial que permita el cumplimiento de los objetivos fijados por la Entidad en desarrollo de su función institucional y el mejoramiento de la gestión, así como la cualificación del ejercicio del Control Interno con el fin de garantizar la eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad en el cumplimiento de sus fines sociales.

Esta herramienta fundamental, le permitirá a la Entidad Pública desarrollar, implementar y mantener en operación del Sistema de Control Interno establecido en la Ley 87 de 1993. Con base en este Modelo Estándar de Control Interno se busca unificar criterios y parámetros básicos de Control Interno, procurando construir la mejor forma de armonizar los conceptos de control, eliminando la



dispersión conceptual existente, permitiendo una mayor claridad sobre la forma de desarrollar la función administrativa del Estado.

Este Sistema se constituye en una herramienta de control que tiene la ciudadanía para analizar el grado de gestión de la Entidad, contribuye a la calidad de la gestión institucional, a la cualificación de los Planes de Mejoramiento, el fenecimiento de las Cuentas, el ejercicio del Control Interno Contable, el cumplimiento de las medidas de austeridad y Lucha contra la Corrupción, entre otros aspectos.

El suscrito director y su Equipo Directivo expresan su compromiso con el diseño, implementación, seguimiento y evaluación del Sistema de Control Interno que se adopta para la Entidad, conforme al Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005 y convoca a los demás niveles directivos y a todos los servidores públicos, a poner en marcha los métodos y procedimientos necesarios para que el Control Interno se convierta en un medio efectivo para el cumplimiento de la Misión y los objetivos institucionales de la Entidad Pública.

Igualmente, el suscrito y su equipo Directivo se comprometen a adelantar la sensibilización sobre el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 y a generar y estimular la participación de los Servidores Públicos a su cargo en pro del Diseño, Implementación, Desarrollo, Seguimiento y Evaluación del mismo.

Así mismo, se compromete a tener en cuenta las recomendaciones y observaciones producto de la Evaluación Independiente de las Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces, como un insumo básico dentro del proceso de planeación y seguimiento.

Para constancia se firma en la ciudad de Caldono- Cauca a los cuatro días del mes de abril de 2007.

---

**CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS**  
**Director Unidad Nivel I de Caldono - Cauca**

## **ANEXO 2**

### **SISTEMA DE CONTROL INTERNO UNIDAD NIVEL I DE CALDONO- CAUCA ACTO ADMINISTRATIVO No. 002 CALDONO – CAUCA 4 de abril de 2007**

**Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI  
1000:2005 en La Unidad Nivel I de Caldono - Cauca**

El Director de la Unidad Nivel de Caldono en uso de sus atribuciones  
constitucionales y legales y,

#### **CONSIDERANDO:**

- Que la Constitución Política en su Artículo 209, establece: "La Administración Pública, en todos sus órdenes, tendrá un Control Interno que se ejercerá en los términos que señale la Ley";
- Que, a su vez, entre otros aspectos, el Artículo 269 de la Constitución Política establece que: "En las entidades públicas, las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de Control Interno, de conformidad con lo que disponga la Ley";
- Que, respecto a la responsabilidad del Control Interno, la Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones", dispuso en

el artículo 6 que: "El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas, será responsabilidad del representante legal o máximo directivo correspondiente. No obstante, la aplicación de los métodos y procedimientos al igual que la calidad, eficiencia y eficacia del Control Interno, también será responsabilidad de los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos";

- Que la ley 100 de 1993 que define la función a las entidades de salud.
- Que el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, "Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiana, MECI 1000:2005", en su artículo 1 establece la obligación de adoptar el MECI 1000:2005, el cual forma parte integral del citado Decreto.
- Que le Código Disciplinario Único, Ley 734 de 2002, en su Artículo 34, Numeral 31 establece entre los Deberes de todo Servidor Público: "Adoptar el Sistema de Control Interno y la función independiente de Auditoría Interna de que trata la Ley 87 de 1993 y demás normas que la modifiquen o complementen".
- Que se hace necesario incorporar y establecer todos los elementos enunciados en el anexo técnico al Sistema de Control Interno de la Entidad, con el fin de ajustarlo a las nuevas normas y tendencias de control, para que este sea efectivo, eficiente y eficaz.

## **RESUELVE:**

### **TITULO I**

#### **SISTEMA DE CONTROL INTERNO.**

**Artículo 1. ADOPCIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI 1000:2005.** Adoptar para el Hospital de Caldono – Cauca el Modelo Estándar de Control Interno y su estructura establecida en el Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005.

**ARTÍCULO 2. DEFINICIÓN DE CONTROL INTERNO.** Se entiende por Control Interno el Sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una Entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos.

**Artículo 3. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.** Atendiendo los principios constitucionales y legales, la adopción e implementación del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 se enmarca, integra y complementa en los principios del Sistema de Control Interno que a continuación se establecen:

**3.1. De Autocontrol:** Es la capacidad que ostenta cada servidor público para controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal

manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

**3.2. De Autorregulación:** Es la capacidad institucional para aplicar de manera participativa al interior de las entidades, los métodos y procedimientos establecidos en la normatividad, que permitan el desarrollo e implementación del Sistema de Control Interno bajo un entorno de integridad, eficiencia y transparencia en la actuación pública.

**3.3. De Autogestión:** Es la capacidad institucional de toda entidad pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la Ley y sus Reglamentos.

**Artículo 4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO.** Los objetivos específicos que busca el Sistema de Control Interno son los siguientes:

**4.1. Objetivos de Control de Cumplimiento.** Constituyen objetivos de Control al Cumplimiento de la función administrativa de la Entidad Pública los siguientes:

- a) Establecer las acciones que permitan a la Entidad garantizar el cumplimiento de las funciones a su cargo, con base en el marco legal que le es aplicable.
- b) Determinar el marco legal que le es aplicable a la Entidad, con base en el principio de autorregulación.
- c) Diseñar los procedimientos de verificación y evaluación que garanticen el cumplimiento del margo legal aplicable.

**4.2. Objetivos de Control Estratégico.** Constituyen objetivos de Control Estratégico de la Entidad Pública los siguientes:

- a) Crear conciencia en todos los servidores públicos de la Entidad sobre la importancia del Control, mediante la generación y mantenimiento de un entorno favorable que permita la aplicación de los principios del Modelo Estándar de Control Interno.
- b) Establecer los procedimientos que permitan el diseño y desarrollo organizacional de la Entidad de acuerdo con su naturaleza, características y propósitos que le son inherentes.
- c) Diseñar los procedimientos necesarios, que permitan a la Entidad Pública cumplir la misión para la cual fue creada y proteger los recursos que se encuentren bajo su custodia, buscando administrar en forma diligente los posibles riesgos que se pueden generar.

**4.3. Objetivos de Control de Ejecución.** Constituyen objetivos de Control de Ejecución de la Entidad Pública los siguientes:

- a) Determinar los procedimientos de prevención, detección y corrección que permitan mantener las funciones, operaciones y actividades institucionales en armonía con los principios de eficacia, eficiencia y economía.
- b) Velar porque todas las actividades y recursos de la Entidad estén dirigidos hacia el cumplimiento de su misión.

- c) Establecer los procedimientos, que garanticen la generación y registro de información oportuna y confiable necesaria para la toma de decisiones, el cumplimiento de la Misión y la Rendición de Cuentas a la Comunidad.
- d) Diseñar los procedimientos que permitan llevar a cabo una efectiva comunicación interna y externa a fin de dar a conocer la información que genera la Entidad Pública de manera transparente, oportuna y veraz, garantizando que su operación se ejecute adecuada y convenientemente.

**4.4. Objetivos de Control de Evaluación.** Constituyen objetivos de Control de Evaluación de la Entidad Pública los siguientes:

Garantizar la existencia de mecanismos y procedimientos que permitan en tiempo real, realizar seguimiento a la gestión de la Entidad por parte de los diferentes niveles de autoridad y responsabilidad, permitiendo acciones oportunas de corrección y de mejoramiento.

- a) Establecer los procedimientos de verificación y evaluación permanentes del Control Interno.
- b) Garantizar la existencia de la función de Evaluación Independiente de las Oficinas de Control Interno, auditorías internas o quien haga sus veces sobre la Entidad Pública, como mecanismo de verificación a la efectividad del Control Interno.
- c) Propiciar el mejoramiento continuo del control y de la gestión de la Entidad, así como de su capacidad para responder efectivamente a los diferentes grupos de interés.



- d) Establecer procedimientos que permiten integrar las observaciones de los Órganos de Control Fiscal, a los planes de mejoramiento establecidos por la Entidad.

**4.5 Objetivos de Control de Información.** Constituyen objetivos de Control a la Información de la Entidad los siguientes:

- a) Establecer los procedimientos necesarios para garantizar la generación de información veraz y oportuna.
- b) Establecer los procedimientos que permitan la generación de información que por mandato legal, le corresponde suministrar a la entidad a los Órganos de Control externo.
- c) Garantizar la publicidad de la información que se genere al interior de la Entidad.
- d) Garantizar el suministro de información veraz y oportuna para el proceso de Rendición de Cuentas Públicas.

**Artículo 5. ESTRUCTURA DE CONTROL.** Con base en los Artículos 3º y 4º de la Ley 87 de 1993, A fin de permitir el cumplimiento de los anteriores objetivos se hace necesario articular los diferentes métodos y procedimientos de prevención, corrección y evaluación a la forma de operación de la Entidad, configurándose para este fin los **Subsistemas, Componentes y Elementos** que interrelacionados bajo un enfoque sistémico, generan una Estructura de Control para garantizar el cumplimiento de los objetivos de la Entidad así:

## **1. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO.**

### **1.1 COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.**

#### **ELEMENTOS DE CONTROL:**

1.1.1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.

1.1.2. Desarrollo del Talento Humano.

1.1.3. Estilo de Dirección.

### **1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.**

#### **ELEMENTOS DE CONTROL:**

1.2.1. Planes y Programas.

1.2.2. Modelo de Operación por Procesos.

1.2.3. Estructura Organizacional.

### **1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.**

#### **ELEMENTOS DE CONTROL:**

1.3.1. Contexto Estratégico.

1.3.2. Identificación del Riesgo.

1.3.3. Análisis del Riesgo.

1.3.4. Valoración del Riesgo.

1.3.5. Políticas de Administración del Riesgo.

## **2. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN.**

### **2.1 COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.**

#### **ELEMENTOS DE CONTROL:**

2.1.1. Políticas de Operación.

2.1.2. Procedimientos.

2.1.3. Controles.

2.1.4. Indicadores.

2.1.5. Manual de Procedimientos.

## **2.2 COMPONENTE INFORMACIÓN.**

### **ELEMENTOS DE CONTROL:**

2.2.1. Información Primaria.

2.2.2. Información Secundaria.

2.2.3. Sistemas de Información.

## **2.3 COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA.**

### **ELEMENTOS DE CONTROL:**

2.3.1. Comunicación Organizacional.

2.3.2. Comunicación Informativa.

2.3.3. Medios de Comunicación.

## **3. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN.**

### **3.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN.**

#### **ELEMENTOS DE CONTROL:**

3.1.1. Autoevaluación del Control.

3.1.2. Autoevaluación de Gestión.

### **3.2 COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE.**

#### **ELEMENTOS DE CONTROL:**

3.2.1. Evaluación del Sistema de Control Interno.

3.2.2. Auditoría Interna.

### **3.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.**

#### **ELEMENTOS DE CONTROL:**

3.3.1. Plan de Mejoramiento Institucional.

3.3.2. Planes de Mejoramiento por Procesos.

3.3.3. Planes de Mejoramiento Individual.

**Parágrafo:** Los Artículos siguientes definen los Subsistemas, los Objetivos de los Componentes y los criterios básicos que deben tenerse en cuenta en el desarrollo y puesta en operación del Sistema de Control Interno.

## TÍTULO II

### SUBSISTEMAS, COMPONENTES Y ELEMENTOS

#### CAPÍTULO I

##### SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

**Artículo 6. SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO:** Es el Conjunto de Componentes de Control que al interrelacionarse entre sí, permiten el cumplimiento a la orientación estratégica y organizacional de la Entidad Pública.

**Artículo 7. COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.** Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, otorgan una conciencia de control a la Entidad Pública influyendo de manera profunda en la planificación, la gestión de operaciones y en los procesos de mejoramiento institucional, con base en el marco legal que le es aplicable a la Entidad.

**Artículo 8. ELEMENTOS DEL COMPONENTE AMBIENTE DE CONTROL.** El Componente Ambiente de Control esta integrado por los siguientes Elementos de Control:

**8.1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos:** Elemento de Control, que define el estándar de conducta de la Entidad Pública. Establece las declaraciones explícitas que en relación con las conductas de los Servidores Públicos, son acordados en forma participativa para la consecución de los propósitos de la Entidad, manteniendo la coherencia de la gestión con los principios consagrados en la Constitución, la Ley y la finalidad social del Estado.

**8.2. Desarrollo del Talento Humano:** Elemento de Control, que define el compromiso de la Entidad Pública con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del Servidor Público. Determina las políticas y prácticas de gestión humana a aplicar por la Entidad, las cuales deben incorporar los principios de justicia, equidad y transparencia al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los Servidores Públicos del Estado.

**8.3. Estilo de Dirección:** Elemento de Control, que define la filosofía y el modo de administrar del Gobernante o Gerente Público, estilo que se debe distinguir por su competencia, integridad, transparencia y responsabilidad pública. Constituye la forma adoptada por el nivel directivo para guiar u orientar las acciones de la Entidad hacia el cumplimiento de su Misión, en el contexto de los fines sociales del Estado.

**Artículo 9. COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.** Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, establecen el marco de referencia que orienta la Entidad Pública hacia el cumplimiento de su Misión, el alcance de su Visión y la conduce hacia el cumplimiento de sus objetivos globales.

**Artículo 10. ELEMENTOS DEL COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.** El Componente Direccionamiento Estratégico está integrado por los siguientes Elementos de Control:

**10.1. Planes y Programas:** Elemento de Control, que permite modelar la proyección de la Entidad Pública a corto, mediano y largo plazo e impulsar y guiar sus actividades hacia las metas y los resultados previstos.

**10.2. Modelo de Operación por Procesos:** Elemento de Control, que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la Entidad Pública, armonizando con enfoque sistémico la Misión y Visión institucional orientándola hacia una Organización por Procesos, los cuales en su interacción, interdependencia y relación causa-efecto garantizan una ejecución eficiente, y el cumplimiento de los objetivos de la Entidad Pública.

**10.3. Estructura Organizacional:** Elemento de Control, que configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la Entidad, permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su Misión.

**Artículo 11. COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.** Conjunto de Elementos de Control que al interrelacionarse, permiten a la Entidad Pública evaluar aquellos eventos negativos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales o los eventos positivos, que permitan identificar oportunidades, para un mejor cumplimiento de su función.

**Artículo 12. ELEMENTOS DEL COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO.** El Componente Administración del Riesgo está integrado por los siguientes Elementos de Control:

**12.1. Contexto Estratégico:** Elemento de Control, que permite establecer el lineamiento estratégico que orienta las decisiones de la Entidad Pública, frente a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos producto de la

observación, distinción y análisis del conjunto de circunstancias internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de su Función, Misión y Objetivos Institucionales.

**12.2. Identificación de Riesgos:** Elemento de Control, que posibilita conocer los eventos potenciales, estén o no, bajo el control de la Entidad Pública, que ponen en riesgo el logro de su Misión, estableciendo los agentes generadores, las causas y los efectos de su ocurrencia.

**12.3. Análisis del Riesgo:** Elemento de Control, que permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos y el impacto de sus consecuencias, calificándolos y evaluándolos a fin de determinar la capacidad de la Entidad Pública para su aceptación y manejo.

**12.4. Valoración del Riesgo:** Elemento de Control, que determina el nivel o grado de exposición de la Entidad a los impactos del riesgo, permitiendo estimar las prioridades para su tratamiento.

**12.5. Políticas de Administración de Riesgos:** Elemento de Control, que permite estructurar criterios orientadores en la toma de decisiones, respecto al tratamiento de los riesgos y sus efectos al interior de la Entidad Pública.

## **CAPÍTULO II**

### **SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN**

**Artículo 13. SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN.** Conjunto de Componentes de Control, que al interrelacionarse bajo la acción de los niveles de autoridad y/o responsabilidad correspondientes, aseguran el control a la ejecución

de los procesos de la Entidad Pública, orientándola a la consecución de los resultados y productos necesarios para el cumplimiento de su Misión.

**Artículo 14. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.** Conjunto de Elementos de Control, que garantizan el control a la ejecución de la función, planes y programas de la Entidad Pública, haciendo efectivas las acciones necesarias al manejo de riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

**Artículo 15. ELEMENTOS DEL COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL.** El Componente Actividades de Control está integrado por los siguientes Elementos de Control:

**15.1. Políticas de Operación.** Elemento de Control, que establece las guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución de la Entidad Pública; define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de la Administración del Riesgo previamente definidos por la Entidad.

**15.2. Procedimientos:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de especificaciones, relaciones y ordenamiento de las tareas requeridas para cumplir con las actividades de un proceso, controlando las acciones que requiere la operación de la Entidad Pública. Establece los métodos para realizar las tareas, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades y define la construcción de los flujogramas que establecen las relaciones y el curso de la información organizacional.

**15.3. Controles:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de acciones o mecanismos definidos para prevenir o reducir el impacto de los eventos que ponen



en riesgo la adecuada ejecución de los procesos, requeridos para el logro de los objetivos de la Entidad Pública.

**15.4. Indicadores:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión de toda Entidad Pública. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la Entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

**15.5. Manual de Procedimientos:** Elemento de Control, materializado en una normativa de autorregulación interna que contiene y regula la forma de llevar a cabo los procedimientos de la Entidad Pública, convirtiéndose en una guía de uso individual y colectivo que permite el conocimiento de la forma como se ejecuta o desarrolla su función administrativa, propiciando la realización del trabajo bajo un lenguaje común a todos los Servidores Públicos.

**Artículo 16. COMPONENTE INFORMACIÓN.** Conjunto de Elementos de Control, conformado por datos que al ser ordenados y procesados, adquiere significado para los grupos de interés de la Entidad Pública a los que va dirigido. Hace parte fundamental de la operación de la Entidad al convertirse en insumo para la ejecución de los procesos y a su vez en producto de los mismos. Garantiza la base de la transparencia de la actuación pública, la Rendición de Cuentas a la Comunidad y el cumplimiento de obligaciones de información.

**Artículo 17. ELEMENTOS DEL COMPONENTE INFORMACIÓN.** El Componente Información está integrado por los siguientes Elementos de Control:

**17.1. Información Primaria:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos de fuentes externas provenientes de las instancias con las cuales la

organización está en permanente contacto, así como de las variables que no están en relación directa con la Entidad Pública, pero que afectan su desempeño.

**17.2. Información Secundaria:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de datos que se originan y/o procesan al interior de la Entidad Pública, provenientes del ejercicio de su función. Se obtienen de los diferentes sistemas de información que soportan la Gestión de la Entidad.

**17.3. Sistemas de Información:** Elemento de Control, conformado por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos utilizados para la generación de información, orientada a soportar de manera más eficiente la gestión de operaciones en la Entidad Pública.

**Artículo 18. COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA.** Conjunto de Elementos de Control, que apoya la construcción de visión compartida, y el perfeccionamiento de las relaciones humanas de la Entidad Pública con sus grupos de interés internos y externos, facilitando el cumplimiento de sus objetivos institucionales y sociales, en concordancia con lo establecido en el Artículo 32 de la Ley 489 de 1998.

**Artículo 19. ELEMENTOS DEL COMPONENTE COMUNICACIÓN PÚBLICA.** El Componente Comunicación Pública está integrado por los siguientes Elementos de Control:

**19.1. Comunicación Organizacional.** Elemento de Control, que orienta la difusión de políticas y la información generada al interior de la Entidad Pública para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar de la Entidad.

**19.2. Comunicación Informativa.** Elemento de Control, que garantiza la difusión de información de la Entidad Pública sobre su funcionamiento, gestión y resultados en forma amplia y transparente hacia los diferentes grupos de interés externos.

**19.3. Medios de Comunicación:** Elemento de Control, que se constituye por el conjunto de procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados por la Entidad Pública para garantizar la divulgación, circulación amplia y focalizada de la información y de su sentido, hacia los diferentes grupos de interés.

### **CAPÍTULO III**

#### **SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN**

**Artículo 20. SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN.** Conjunto de Componentes de Control que al actuar interrelacionadamente, permiten valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno de la Entidad Pública; la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y actividades; el nivel de ejecución de los planes y programas, los resultados de la gestión, detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la Organización Pública.

**Artículo 21. COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN.** Conjunto de Elementos de Control, que al actuar en forma coordinada en la Entidad Pública, permite en cada área organizacional medir la efectividad de los controles en los procesos y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias al cumplimiento de los objetivos previstos por la Entidad.

**Artículo 22. ELEMENTOS DEL COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN.** El Componente Autoevaluación está integrado por los siguientes Elementos de Control:

**22.1. Autoevaluación del Control:** Elemento de Control, que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área organizacional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas.

**22.2. Autoevaluación a la Gestión:** Elemento de Control, que basado en un conjunto de indicadores de gestión diseñados en los Planes y Programas y en los Procesos de la Entidad Pública, permite una visión clara e integral de su comportamiento, la obtención de las metas y de los resultados previstos e identificar las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que garanticen mantener la orientación de la Entidad Pública hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

**Artículo 23. COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE.** Conjunto de Elementos de Control, que garantiza el examen autónomo y objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y resultados corporativos de la Entidad Pública por parte de la Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quién haga sus veces. Presenta como características la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza y debe corresponder a un plan y a un conjunto de programas que establecen objetivos específicos de evaluación al control, la gestión, los resultados y el seguimiento a los Planes de Mejoramiento de la Entidad.

**Artículo 24. ELEMENTOS DEL COMPONENTE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE.** El Componente Evaluación Independiente está integrado por los siguientes Elementos de Control:

**24.1. Evaluación del Sistema de Control Interno:** Elemento de Control, cuyo objetivo es verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la Entidad Pública.

**24.2. Auditoría Interna:** Elemento de Control, que permite realizar un examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una Entidad Pública. Así mismo, permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés.

**Artículo 25. COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.** Conjunto de Elementos de Control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de Autoevaluación, de Evaluación Independiente y en las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

**Artículo 26. ELEMENTOS DEL COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO.** El Componente Planes de Mejoramiento está integrado por los siguientes Elementos de Control:

**26.1. Plan de Mejoramiento Institucional:** Elemento de Control, que permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de orden corporativo de la Entidad Pública. Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus macroprocesos o componentes corporativos debe operar la Entidad

Pública para fortalecer integralmente su desempeño institucional, cumplir con su función, misión y objetivos en los términos establecidos en la Constitución, la Ley, teniendo en cuenta los compromisos adquiridos con los Organismos de Control Fiscal, de Control Político y con los diferentes grupos de interés.

**26.2. Planes de Mejoramiento por Procesos:** Elemento de Control, que contiene los planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y de las áreas responsables dentro de la Organización Pública, deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la Entidad en su conjunto.

**26.3 Planes de Mejoramiento Individual:** Elemento de Control, que contiene las acciones de mejoramiento que debe ejecutar cada uno de los Servidores Públicos para mejorar su desempeño y el del área organizacional a la cual pertenece, en un marco de tiempo y espacio definidos, para lograr una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad.

## TÍTULO III

### ROLES Y RESPONSABILIDADES

#### CAPÍTULO I

**Artículo 27. RESPONSABILIDAD DE LA ALTA DIRECCIÓN.** La Alta Dirección debe asegurarse de que los diferentes niveles de responsabilidad y autoridad en materia de Control Interno, están definidas y comunicadas dentro de la Entidad.

El establecimiento y desarrollo del Sistema de Control Interno en los organismos y entidades públicas a que hace referencia el artículo 5 de la Ley 87 de 1993, será responsabilidad de la máxima autoridad de la entidad u organismo correspondiente y de los jefes de cada dependencia de las entidades y organismos, así como de los demás funcionarios de la respectiva entidad.

**Artículo 28. REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN.** Para efectos de garantizar la operacionalización de las acciones necesarias al desarrollo, implementación y mejoramiento continuo del Sistema de Control Interno basado en el Modelo Estándar de Control Interno que establece la Resolución 1599 del 20 de Mayo de 2005, el Representante Legal podrá delegar dicha función en el directivo de primer nivel de la respectiva Entidad competente para ello, quién actuará bajo las políticas establecidas por el Comité de Coordinación de Control Interno.

A su vez la evaluación independiente y objetiva del desarrollo, implementación, mantenimiento y mejoramiento continuo del Modelo Estándar de Control Interno estará a cargo del Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno o quien haga sus veces en la respectiva Entidad.

**Artículo 29. COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO.** El Comité de Coordinación de Control Interno se reunirá por lo menos cada dos (2) meses. Deberá adoptar un reglamento interno y cumplir con las funciones establecidas en los Decretos 1826 de 1994 y 2145 de 1999.

**Artículo 30. RESPONSABILIDAD DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS Y/O PARTICULARES QUE EJERCEN FUNCIONES PÚBLICAS.** Los Servidores Públicos y/o Particulares que ejercen funciones públicas, son responsables de la operatividad eficiente de los procesos, actividades y tareas a su cargo; por la supervisión continua a la eficacia de los controles integrados. Así mismo, por

desarrollar la autoevaluación permanente a los resultados de su labor, como parte del cumplimiento de las metas previstas por la dependencia o unidad administrativa a la cual pertenecen.

**Artículo 31. OFICINA DE CONTROL INTERNO, UNIDAD DE AUDITORÍA INTERNA O QUIEN HAGA SUS VECES.** La Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien haga sus veces con base en los artículos 3º numeral d), 9º y 12º de la Ley 87 de 1993, es responsable por realizar la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno y la Gestión de la Entidad Pública, así como por el seguimiento al Plan de Mejoramiento Institucional, generando las recomendaciones correspondientes y asesorando a la Alta Dirección para su puesta en marcha.

## TÍTULO IV

### FUNCIONALIDAD DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

**Artículo 32. FUNCIÓN DE EVALUACIÓN INDEPENDIENTE.** Es el examen autónomo del Sistema de Control Interno y de las acciones llevadas a cabo por la Oficina de Control Interno, será adelantada por personas que no están directamente involucradas en la operación diaria y cotidiana, y cuya neutralidad les permite emitir juicios objetivos sobre los hechos de la Entidad Pública.

**Artículo 33. FUNCIÓN DE AUDITORÍA INTERNA.** Es el examen sistemático, objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados, con el fin de determinar si los recursos se han utilizado con economía, eficacia, eficiencia y transparencia; si se han observado las normas internas y externas aplicables y si los mecanismos de comunicación públicas son confiables. El objetivo fundamental es emitir juicios fundados a partir de las evidencias sobre el



grado de cumplimiento de los objetivos, planes y programas. Estas deben cubrir cuatro aspectos básicos de evaluación: Cumplimiento, Soporte Organizacional, Gestión y Resultados.

**Artículo 34. HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN.** El Grupo Evaluador de la Oficina de Control Interno, para llevar a cabo la evaluación del Control Interno, de la gestión y resultados de la Entidad, así como el seguimiento a los Planes de Mejoramiento, utilizará como base de dicha función las metodologías y herramientas de evaluación establecidas por las instancias competentes del Estado y Órgano de Control Fiscal correspondiente.

**Artículo 35. INFORMES A PRESENTAR POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.** La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, presentará al Representante Legal de la Entidad, y al Comité de Coordinación de Control Interno, los siguientes informes relacionados con la Evaluación Independiente del Control Interno, la gestión, los resultados y el mejoramiento continuo de la Entidad Pública.

**35.1. Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno.** El Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quién haga sus veces, asumiendo su rol de evaluador independiente, deberá reportar a su Representante Legal a más tardar el 30 de Enero de cada año, el Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno, presentando el grado de avance y desarrollo en la Implementación del Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en el literal e) del artículo 8 del Decreto 2145 de 1999. Así mismo, también lo deberán presentar a sus respectivas Juntas o Consejos Directivos, así como a los responsables de la orientación y coordinación de los sectores administrativos.

De otra parte, los Representantes Legales a su vez, remitirán al Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las entidades del orden nacional y territorial, antes del 16 de febrero de cada año, copia del Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno, conforme a lo establecido en el artículo 2 del Decreto 2539 de 2000, que contenga el resultado final, documento que servirá de base para el Informe que sobre el avance del Control Interno del Estado presentará al inicio de cada legislatura el Presidente de la República al Congreso de la República,

**35.2. Informes de Auditoría Interna:** El Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quién haga sus veces, reporta al Representante Legal y al Comité de Coordinación de Control Interno, las debilidades y deficiencias que se presentan en la gestión de operaciones de la Entidad Pública.

Toma como base las normas de Auditoría Generalmente Aceptadas, los métodos y herramientas de Auditoría Interna que permiten una Evaluación Independiente cierta sobre la gestión y los resultados de la Entidad. Los informes deberán elaborarse periódicamente con base en el Plan de Auditoría establecido y ejecutado formalmente por la Oficina de Control Interno y validado por el Comité de Coordinación de Control Interno.

**Artículo 36. FORMA Y ARCHIVO DE LOS INFORMES.** Los informes de Evaluación del Control Interno y de Auditoría Interna, elaborados y presentados por la Oficina de Control Interno, se consignarán en medios documentales y magnéticos que garanticen su conservación, reproducción y consulta por parte de la Entidad y los Órganos de Control Externos cuando estos lo requieran.

Para tales efectos, se implementará un archivo consecutivo que permanecerá en poder la Oficina de Control Interno y del archivo general de la Entidad, conforme a los criterios sobre Tablas de Retención fijados en las normas correspondientes emitidas por el Archivo General de la Nación y atendiendo los requisitos de calidad contenidas en la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2004.

**Artículo 37. COMUNICACIÓN DE RESULTADOS SOBRE LA EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO.** La Oficina de Control Interno, comunicará oportunamente por escrito al Representante Legal de la Entidad y al Comité de Coordinación de Control Interno, los resultados de la Evaluación del Control Interno de la Entidad con las correspondientes recomendaciones para el fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

**Artículo 38. DE LA APLICACIÓN DE RECOMENDACIONES Y CORRECTIVOS.** Con base en lo establecido en el Artículo 6º de la Ley 87 de 1993, el Representante Legal de la Entidad, los directivos y el Comité de Coordinación de Control Interno son los responsables de la aplicación de las recomendaciones y correctivos resultantes de la evaluación del Control Interno, así como también de las recomendaciones originadas en los procesos de Auditoría Externa de los Órganos de Control Fiscal.

## TÍTULO V

### DISPOSICIONES VARIAS

**Artículo 39. NORMAS DE CONTROL INTERNO CONTABLE.** El Hospital de Caldone – Cauca acogerá a la reglamentación que sobre políticas, métodos y

procedimientos de Control Interno Contable, expida la Contaduría General de la Nación a fin de garantizar la razonabilidad, confiabilidad y oportunidad de los estados e informes contables y la utilidad social de la información financiera, económica y social que debe generar la Entidad Pública para sí misma, los diferentes grupos de interés externos y para garantizar el cumplimiento de obligaciones de información.

**Artículo 40. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS DE CONTROL INTERNO.** El Hospital de Caldono – Cauca en cumplimiento de las normas vigentes y del presente Acto Administrativo, expedirá, las políticas, directrices, métodos y procedimientos específicos mediante los cuales deberán implementarse los diferentes subsistemas, componentes y elementos de control del Sistema de Control Interno, así como los procedimientos, guías, formatos, y métodos para su evaluación, elaboración, ejecución de los planes de mejoramiento y cumplimiento de obligaciones de información y documentación. Para estos efectos adoptará los métodos y procedimientos conforme a las directrices emanadas del Departamento Administrativo de la Función Pública para las entidades del Estado, de conformidad con el artículo 3 del Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005.

**Artículo 41. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y REGULACIÓN:** El presente Acto Administrativo será aplicable a todas las áreas organizacionales del Hospital de Caldono – Cauca y su reglamentación de orden operativo se realizará por medio de actos administrativos por las cuales se adopten los conceptos, metodologías, guías e instrumentos de aplicación así como los manuales e instrumentos que le sean inherentes.

**Artículo 42. VIGENCIA Y DEROGATORIAS.** El presente Acto Administrativo rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las normas que le sean contrarias,

**PUBLÍQUESE Y CUMPLASE**

Para constancia se firma en la ciudad de Caldono- Cauca a los cuatro días del mes de abril de 2007.

---

**CESAR EDMUNDO SARRIA**  
**Director Hospital de Caldono - Cauca**

## ANEXO 3

### PROCEDIMIENTO PARA LA TABULACIÓN DE ENCUESTAS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez se haya aplicado la encuesta correspondiente, se deben tabular las respuestas con el fin de organizar la información que cada una arroja y analizarla para consolidar los resultados respectivos.

Este procedimiento servirá para la tabulación de las encuestas de diagnóstico utilizadas en los dos primeros Subsistemas, y para las encuestas de auto evaluación, previstas en el tercer Subsistema.

#### Procedimiento de Tabulación

Para efectos de la tabulación, a cada respuesta de la escala de valoración, se le asignó un valor, tal como se aprecia en la siguiente tabla:

Valor	Descripción
0	No sabe
1	No se cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

Tomando como referencia lo anterior, se recomienda adelantar las siguientes acciones:

1. Definir, en cada pregunta, la Frecuencia o número de veces que una respuesta obtuvo cada uno de los valores establecidos en la tabla anterior.

Ejemplo: En una encuesta aplicada a 20 personas, la pregunta número 1 tuvo las siguientes frecuencias:

Pregunta No 1	
Valor	Frecuencia
0	0
1	3
2	4
3	6
4	3
5	4

En caso de que una pregunta se haya dejado de responder, se debe asumir el valor 0.

3. Dividir cada frecuencia por el número total de encuestas aplicadas. Este resultado se debe dar en términos porcentuales.

En el caso del ejemplo, estos porcentajes quedarían así:

Pregunta No 1		
Valor	Frecuencia	Porcentaje (Frecuencia / Total de encuestas)
0	0	(0/20) 0
1	3	(3/20) 0,15
2	4	(4/20) 0,2
3	6	(6/20) 0,3
4	3	(3/20) 0,15
5	4	(4/20) 0,2

3. Multiplicar cada valor por el porcentaje determinado en el paso anterior, con el fin de hallar un valor parcial para cada uno:

En el ejemplo, la situación sería:

<b>Pregunta No 1</b>			
<b>Valor</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Valor parcial (Valor * Porcentaje)</b>
<b>0</b>	0	<b>0</b>	0
<b>1</b>	3	<b>0,15</b>	0,15
<b>2</b>	4	<b>0,2</b>	0,4
<b>3</b>	6	<b>0,3</b>	0,9
<b>4</b>	3	<b>0,15</b>	0,6
<b>5</b>	4	<b>0,2</b>	1

4. Sumar los valores parciales para obtener el puntaje de la pregunta.

En el ejemplo, la sumatoria dará como resultado:  $0 + 0,15 + 0,4 + 0,9 + 0,6 + 1 = 3,05$

5. Repetir este mismo procedimiento para todas las preguntas que integran el cuestionario (se recomienda trabajar las preguntas en el mismo orden en que se aplicaron).

6. Determinar el Puntaje Total sumando los puntajes obtenidos para cada pregunta y dividiéndolos por el número total de preguntas realizadas.

En el caso del ejemplo, el total de la sumatoria de los puntajes por pregunta debe dividirse por 20.

Para adelantar los pasos 1 a 6 se sugiere utilizar un formato como el siguiente:



Tabulación Encuesta:									
Componente:									
Elemento:									
PREGUNTA 1	FRECUENCIA Y PORCENTAJE DE VALORACIÓN							TOTAL $F_1 + F_2 + F_n$	PP $P_1 + P_2 + P_n$
	0	1	2	3	4	5			
F									
% (F/T)									
P (V*%)									
PREGUNTA n									
F									
%									
P									
								PT	

En donde:

- **F Frecuencia**, número de veces que una respuesta obtuvo el mismo valor
- **% porcentaje**, número de respuestas obtenidas por cada valor sobre el total de respuestas.
- **P Valor parcial**, que se obtiene de multiplicar el valor (0, 1, 2, 3, 4, ó, 5) por el porcentaje.
- **PP Puntaje por pregunta**, corresponde a la suma de los valores parciales.
- **TOTAL**, Número de encuestas aplicadas, que en todo caso, deberá corresponder a la sumatoria de las frecuencias
- **PT Puntaje Total**, corresponde a la suma de todos los puntajes por pregunta

### Interpretación de Resultados

Ubique el Puntaje Total (definido en el paso 6) dentro del rango que le corresponde de acuerdo con la siguiente tabla:

<b>Rango</b>	<b>Criterios</b>
Puntaje Total entre 0.0 y 2.0	Inadecuado
Puntaje Total entre 2.1 y 3.0	Deficiente
Puntaje Total entre 3.1 y 4.0	Satisfactorio
Puntaje Total entre 4.1 y 5.0	Adecuado

Para cada uno de los rangos se encuentra definido un criterio, que representa una valoración cualitativa del Puntaje Total. Con base en esta valoración se interpretarán los resultados obtenidos en cada una de las encuestas y se definirán las acciones que han de emprenderse.

Si se trata de una encuesta de diagnóstico, dependiendo del rango en que se encuentre ubicado el elemento de control, se proponen las acciones para garantizar la existencia del elemento; si el elemento se encuentra ubicado en los rangos inadecuado o deficiente, se deben proponer acciones para el diseño e implementación del elemento; si se ubica en los rangos satisfactorio o adecuado, las acciones definidas deben orientarse hacia el mejoramiento o mantenimiento del elemento.

En cuanto a las encuestas de Auto evaluación del Control, el análisis de resultados permite determinar la efectividad del diseño y operación de cada componente a fin de tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento de los mismos.

En aquellos elementos en los que se utilizaron encuestas de diagnóstico, los resultados de la tabulación de las mismas se podrán comparar con los resultados de la Auto evaluación, determinando con ello si las acciones propuestas permitieron su el mejoramiento o mantenimiento del elemento, o si por el contrario éste no demostró ningún cambio.

Ejemplo: como resultado de tabular una encuesta de tres preguntas, se obtuvieron los siguientes datos:

Pregunta	Valor	0	1	2	3	4	5	total	PP
1	f	0	3	4	6	3	4	20	3,05
	%	0	0,15	0,2	0,3	0,15	0,2		
	P	0	0,15	0,4	0,9	0,6	1		
2	f	2	5	3	5	2	3	20	2,45
	%	0,1	0,25	0,15	0,25	0,1	0,15		
	P	0	0,25	0,3	0,75	0,4	0,75		
3	f	1	3	2	4	6	4	20	3,15
	%	0,05	0,15	0,1	0,2	0,3	0,2		
	P	0	0,15	0,2	0,6	1,2	1		
								PT	2,88

Se observa que el puntaje total se ubica en el rango deficiente, por lo tanto, se deberán proponer las acciones que permitan superar ese estado deficiente, procurando trabajar con mayor esfuerzo en los aspectos indagados a través de las preguntas que obtuvieron un menor puntaje parcial.

ANEXO 4

"APLICATIVO PARA LA REALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO MECI 1000:2005"



Departamento Administrativo  
de la Función Pública

		SISTEMA DE CONTROL INTERNO	Calificación	Evidencia	
				Verbal	Documental
		<b>ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>			
1.	1	Existe un Código o Documento orientador de los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos?	1		
2.	2	Los Servidores Públicos conocen los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos?	1		
3.	3	Los Acuerdos Éticos operan en las relaciones con los funcionarios y con las diferentes partes interesadas internas y externas?	1		
4.	4	La Entidad tiene habilidad para detectar violaciones a los Acuerdos Éticos?	1		
		<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>			
5.	1	Existen perfiles para cada uno de los cargos?	3		
6.	2	Existen políticas que permiten la ejecución de los procesos de selección, inducción, reinducción, capacitación y evaluación del desempeño?	3		
7.	3	Se han identificado procesos de Selección, Inducción, reinducción, capacitación y evaluación del desempeño?	3		
8.	4	Existen políticas de Bienestar Social?	3		
9.	5	Las políticas y procedimientos de Desarrollo del Talento Humano son difundidas y conocidas en todos los niveles de la Entidad?	3		
		<b>ESTILO DE DIRECCIÓN:</b>			
10.	1	La alta dirección está comprometida con los objetivos, principios y fundamentos del Sistema de Control Interno?	5		
11.	2	Los directivos dan cumplimiento a las políticas y prácticas de Desarrollo del Talento Humano?	4		
12.	3	Las Directivas acatan los Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos de la Entidad?	4		
13.	4	La alta dirección se compromete con la asignación y uso mesurado y racional de los recursos?	5		
14.	5	La alta dirección cumple con los métodos, procedimientos, políticas y objetivos propios del Control Interno?	4		
15.	6	La alta dirección establece acciones a las recomendaciones provenientes de la Autoevaluación de la Gestión?	4		
		<b>PLANES Y PROGRAMAS:</b>			
16.	1	Elabora la entidad los Planes y Programas estratégicos y Operativos en cumplimiento de la normatividad existente?	5		
17.	2	Existe compromiso de la alta dirección con la ejecución de los planes y programas requeridos para el cumplimiento de la función constitucional y legal de la Entidad?	5		
18.	3	Los servidores públicos conocen y están comprometidos con los Planes y Programas pertinentes para el desarrollo de su función?	5		
19.	4	Los Planes y Programas son divulgados a los diferentes públicos internos y externos que tienen relación con la Entidad?	5		
		<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS:</b>			
21.	1	La Entidad basa su gestión en un Modelo de Operación por Procesos?	3		
22.	2	El Modelo de Operación contiene la definición de macroprocesos estratégicos, misionales y de apoyo?	3		
23.	3	Existe armonía entre los objetivos de los macroprocesos con el conjunto de Planes y Programas que rigen a la Entidad?	3		
		<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:</b>			
24.	1	Existe coherencia y armonía de la estructura organizacional con el Modelo de Operación por procesos de la Entidad?	4		

		SISTEMA DE CONTROL INTERNO	Calificación	Evidencia	
				Verbal	Documental
25.	2	Existen manuales que detallen actividades secuenciales que se requieren para el ejercicio de cada uno de los cargos?	4		
26.	3	La Estructura Organizacional permite y facilita el cumplimiento de los objetivos contenidos en los Planes y Programas de la Entidad?	4		
27.	4	La Estructura Organizacional está adaptada a las necesidades cambiantes del entorno y evaluación contingencial de los aspectos externos (estabilidad, complejidad, diversidad y hostilidad)?	4		
<b>CONTEXTO ESTRATÉGICO:</b>					
28.	1	Se Identifican las oportunidades y amenazas generadas por el entorno, con base en el análisis de información externa y el análisis estratégico elaborado para el diseño de los Planes y Programas?	4		
29.	2	Se aplica una metodología apropiada para el análisis del Contexto Estratégico de la Entidad?	4		
30.	3	Se cuenta con la participación de Servidores Públicos de los diferentes niveles en el análisis del Contexto Estratégico?	4		
31.	4	Existen procesos de autoevaluación permanente que verifiquen la validez del Contexto Estratégico con la ocurrencia de riesgos en la operación de la Entidad?	4		
<b>IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS:</b>					
32.	1	La metodología de Identificación de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos de la Entidad?	3		
33.	2	Se describen adecuadamente cada uno de los riesgos que afectan el desempeño de los macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades?	3		
34.	3	Se definen en forma precisa los efectos de cada riesgo en el Modelo de Operación (mapa de procesos) donde éste podría materializarse?	3		
35.	4	Se identifican y describen de forma precisa las causas de los riesgos?	3		
<b>ANÁLISIS DEL RIESGO:</b>					
36.	1	Se aplica la metodología de Análisis de Riesgos en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos (mapa de procesos) de la Entidad?	3		
37.	2	Se encuentran bien definidos los criterios para determinar la gravedad de los riesgos?	3		
38.	3	Es coherente la evaluación de riesgos con la realidad de la Entidad?	3		
<b>VALORACIÓN DEL RIESGO:</b>					
39.	1	La metodología de Valoración de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación (mapa de procesos) de la Entidad?	2		
40.	2	Existe coherencia entre los criterios utilizados para priorizar los macroprocesos, procesos, subprocesos, actividades y sus respectivos riesgos?	2		
41.	3	La Valoración de Riesgos favorece el cumplimiento de objetivos de los demás elementos constitutivos del componente Administración de Riesgos?	2		
<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:</b>					
42.	1	Las Políticas de Administración de Riesgos son coherentes con los lineamientos normativos y legales que rigen a la Entidad?	2		
43.	2	Las Políticas de Administración de Riesgos se adaptan a las características y naturaleza de la Entidad y contemplan los posibles riesgos a que puede estar sujeta su gestión?	2		
44.	3	La alta dirección está comprometida con la definición y acatamiento de las Políticas de Administración de Riesgos?	2		
45.	4	Las Políticas de Administración de Riesgos se aplican en todos los niveles y por parte de todos los Servidores Públicos de la Entidad?	2		
46.	5	Existen parámetros que obligan a la revisión periódica de las Políticas de Administración de Riesgos y su adaptación a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Entidad?	2		

		SISTEMA DE CONTROL INTERNO	Calificación	Evidencia	
				Verbal	Documental
		<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
47.	1	Existe coherencia entre las Políticas de Operación y las Políticas de Administración de Riesgos?	2		
48.	2	Todos los servidores conocen y entienden las Políticas de Operación?	2		
49.	3	Las Políticas de Operación son aplicadas en todos los niveles y por parte de todos los servidores de la Entidad?	2		
		<b>PROCEDIMIENTOS:</b>			
50.	1	Existen Procedimientos que describen la manera de llevar a cabo las actividades de la Entidad?	4		
51.	2	Existe coherencia en la definición de los perfiles de los cargos en relación con los procedimientos definidos para dar cumplimiento a los objetivos de cada proceso?	4		
52.	3	Los servidores conocen los Procedimientos y responsabilidades a su cargo?	4		
53.	4	Los Procedimientos garantizan el cumplimiento de los objetivos de los procesos?	4		
		<b>CONTROLES:</b>			
54.	1	La alta dirección está comprometida con la definición y divulgación de controles?	4		
55.	2	Todos los funcionarios conocen y entienden el sentido de la inclusión de los controles preventivos, detectivos, de protección y correctivos en las actividades que cada uno de ellos debe llevar a cabo para lograr los propósitos institucionales?	4		
56.	3	Están establecidas las decisiones a tomar o las acciones a realizar en caso ineficiente de los controles?	3		
57.	4	Están definidos los parámetros que obliguen a la revisión periódica y adaptación de los Controles a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Entidad?	3		
		<b>INDICADORES:</b>			
58.	1	Existe coherencia entre el diseño de indicadores de resultado y los objetivos definidos en los Planes y Programas de la Entidad?	3		
59.	2	Existe coherencia entre el diseño de indicadores y los objetivos de los Macroprocesos y procesos del Modelo de operación (mapa de procesos) ?	3		
60.	3	Existe coherencia entre el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Servidores Públicos y las políticas y prácticas definidas en Desarrollo del Talento Humano?	3		
61.	4	Existe coherencia en el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Servidores Públicos con los objetivos y resultados del Proceso al que se encuentra asignado?	3		
		<b>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS:</b>			
62.	1	El manual de procedimientos incluye los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos, las políticas de Desarrollo del Talento Humano, los Planes y Programas y las Políticas de Administración de Riesgos?	3		
63.	2	En el Manual de procedimientos se incluyen los normogramas de los procesos?	3		
64.	3	Existen procesos de divulgación y capacitación tendientes a fortalecer el uso del Manual de procedimientos?	3		
		<b>INFORMACIÓN PRIMARIA:</b>			
65.	1	Existe cultura para obtener la información relacionada con el entorno, la comunidad y demás grupos de interés?	5		
66.	2	Se cumple con la normatividad vigente sobre la existencia de medios que permitan recibir, procesar y dar respuesta a la comunicación y partes interesadas en forma eficiente y oportuna?	5		

		SISTEMA DE CONTROL INTERNO	Calificación	Evidencia	
				Verbal	Documental
67.	3	Existen medios efectivos que permiten recibir, manejar y dar respuesta a las quejas y reclamos de los grupos de interés?	5		
68.	4	La Información Primaria es tenida en cuenta por los Servidores Públicos para la implementación de las acciones y decisiones organizacionales?	5		
<b>INFORMACIÓN SECUNDARIA:</b>					
69.	1	Existen fuentes de Información Secundaria debidamente determinadas y canalizadas para el logro de los objetivos institucionales?	4		
70.	2	La totalidad de los procesos/subprocesos de la Entidad contemplan las salidas de información necesaria a los grupos de interés internos y externos?	4		
71.	3	La Información Secundaria se divulga y socializa entre los servidores de la Entidad?	4		
72.	4	La Información Secundaria se utiliza en la rendición de cuentas e información a los diferentes grupos de interés?	4		
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN:</b>					
73.	1	Existen sistemas de información que canalizan la información que se genera a nivel institucional y la administran adecuadamente para su posterior utilización?	4		
74.	2	Los Sistemas de Información son utilizados por los Servidores Públicos para cumplir de manera eficiente sus responsabilidades en relación con la función de la Entidad?	4		
75.	3	Los Servidores Públicos conocen los Sistemas de Información que posee la Entidad?	4		
76.	4	La información generada por los Sistemas de Información cumple con los parámetros de calidad requeridos?	4		
<b>COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL:</b>					
77.	1	Se determina claramente la información que será comunicada a los Servidores Públicos de la Entidad?	4		
78.	2	Están establecidas las responsabilidades de comunicación interna que cada Servidor Público tiene con los demás Servidores para el ejercicio de sus cargos?	4		
79.	3	Son pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas y manera de llevarlos a cabo?	3		
80.	4	Las partes interesadas adquieren comprensión sobre los propósitos de la Entidad a partir de los procesos de comunicación interna?	3		
<b>COMUNICACIÓN INFORMATIVA:</b>					
81.	1	Se tienen definidas las partes interesadas externas a quienes se tiene la obligación de comunicar los proyectos, su ejecución y los resultados obtenidos por la Entidad?	5		
82.	2	Se tiene definida la información que será comunicada a cada uno de los públicos identificados?	5		
83.	3	Están establecidas claramente las responsabilidades de Comunicación externa en cada uno de los procesos y actividades que configuran la operación de la Entidad?	5		
84.	4	Se evalúa la utilidad, oportunidad y confiabilidad de la información que ha de ser comunicada a los públicos externos?	5		
85.	5	Los procesos de Rendición de la Cuenta a los organismos de control del Estado son pertinentes y oportunos?	5		
<b>MEDIOS DE COMUNICACIÓN:</b>					
86.	1	Existe la responsabilidad por el manejo de los Medios de Comunicación para que satisfagan los fines perseguidos por la Comunicación Organizacional?	5		
87.	2	Los medios de comunicación utilizados son coherentes con los propósitos de Comunicación Externa?	5		
88.	3	Se mide la efectividad de los Medios de Comunicación sobre los públicos externos?	5		

		SISTEMA DE CONTROL INTERNO	Calificación	Evidencia	
				Verbal	Documental
89.	4	Se mide la efectividad de los Medios de Comunicación sobre los públicos internos?	5		
90.	5	Las diferentes instancias de la Entidad le dan un apropiado manejo a los Medios de Comunicación?	5		
<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL:</b>					
91.	1	Se difunden los mecanismos e instrumentos utilizados para la realización de la Autoevaluación del Control?	2		
92.	2	Los servidores de la Entidad comprenden los propósitos, metodologías e instrumentos requeridos para la Autoevaluación del Control?	2		
93.	3	Las fuentes de información e instrumentos utilizados para la Autoevaluación del Control son pertinentes?	2		
94.	4	Existe representación de todos los servidores en la realización de la Autoevaluación del Control?	2		
<b>AUTOEVALUACIÓN A LA GESTIÓN:</b>					
95.	1	Los Servidores Públicos del nivel directivo de la Entidad comprenden la importancia del monitoreo permanente de los indicadores a los macroprocesos, procesos, subprocesos, planes y programas a su cargo?	2		
96.	2	Durante el proceso de evaluación e informe de los indicadores participan todos los Servidores Públicos de los diferentes niveles?	2		
97.	3	Las acciones de mejoramiento son coherentes con el resultado del análisis de indicadores?	2		
98.	4	Se discuten los resultados del análisis de indicadores con todos los Servidores Públicos responsables de los procesos y planes institucionales?	2		
<b>EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO:</b>					
99.	1	Se cumplen los objetivos, principios y fundamentos del Sistema de Control Interno en la Entidad?	1		
100.	2	La efectividad de los elementos, componentes y subsistemas en su interacción apoyan el cumplimiento de los objetivos de la Entidad?	1		
101.	3	Se generan observaciones de Control Interno a los directivos de las áreas sobre las deficiencias significativas que requieren especial atención por parte de ellos?	1		
102.	4	Se presentan los informes de control interno a la alta dirección y al Órgano Consultor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las entidades del orden Nacional y Territorial?	1		
<b>AUDITORIA INTERNA:</b>					
103.	1	Se cuenta con métodos, procedimientos y herramientas que apoyen los procesos de evaluación independiente?	1		
104.	2	En los procesos de auditoría se incorpora la planeación, ejecución, elaboración de informes y seguimiento?	1		
105.	3	Se definen acuerdos sobre las acciones de mejoramiento con las diferentes áreas de la Entidad?	1		
<b>PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL:</b>					
106.	1	La Entidad elabora anualmente un Plan de Mejoramiento Institucional?	2		
107.	2	El Plan de Mejoramiento Institucional involucra las acciones de Mejoramiento a nivel de Macroproceso, Procesos, Subprocesos derivados de la Autoevaluación por área organizacional?	2		
108.	3	El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones de mejoramiento generadas por la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno?	2		
109.	4	El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones emitidas por el órgano de Control Fiscal competente?	2		



		SISTEMA DE CONTROL INTERNO	Calificación	Evidencia	
				Verbal	Documental
110.	5	El Plan de Mejoramiento Institucional contempla niveles de responsabilidad, términos de ejecución y recursos?	2		
111.	6	Los servidores públicos de la Entidad conocen el Plan de Mejoramiento Institucional?	2		
		<b>PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS:</b>			
112.	1	Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento por procesos y la función específica encargada a cada área organizacional de la Entidad?	3		
113.	2	Los Servidores Públicos de la Dependencia conocen el Plan de Mejoramiento por procesos de su área?	3		
114.	3	Los Planes de Mejoramiento por procesos tienen en cuenta las recomendaciones derivadas de la Evaluación, en lo que corresponde a cada área organizacional?	3		
115.	4	Los Planes de Mejoramiento por procesos contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución y recursos?	3		
116.	5	Los Planes de Mejoramiento por procesos tienen en cuenta las recomendaciones emitidas por los Órganos de Control Fiscal en lo pertinente a cada área organizacional?	2		
		<b>PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL:</b>			
117.	1	Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento Individual y las funciones que desarrolla la Entidad?	3		
118.	2	Los Servidores Públicos elaboran Planes de Mejoramiento Individuales tomando como base los resultados de la Autoevaluación del Control y de Gestión?	3		
119.	3	Los Planes de Mejoramiento Individual se encuentran asociados a las funciones de cada cargo, en particular a sus objetivos de desempeño?	3		
120.	4	La calificación de desempeño del Servidor Público se encuentra directamente relacionada a su función, objetivos de desempeño y capacidad de llevar a cabo las acciones de mejoramiento relativas a los procesos que se le han asignado?	3		

## ANEXO 5

### CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA											
	AÑO 2007						AÑO 2008					
	Marzo	Abril	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dec	Ene	Feb
Elaboración de protocolo												
Recolección de información												
Procesamiento de información												
Análisis de la información												
Presentación de resultados												
Sustentación de trabajo												