

Gracias por su información.

Le ha sido enviado un mensaje con los datos de la encuesta a la cuenta [controlinterno@hospitalsogamoso.gov.co](mailto:controlinterno@hospitalsogamoso.gov.co) con el fin de que se sirva verificarla.

En caso de encontrar alguna inconsistencia, puede volver a registrar la información verificando que el Nit de la entidad sea el mismo con el que la ingresó originalmente.

En caso de tener alguna duda, puede remitir mensaje a la cuenta [cinterno@derechodeautor.gov.co](mailto:cinterno@derechodeautor.gov.co)

[Ver informes recibidos](#)

## Como constancia puede Imprimir este mensaje

Datos recibidos	
Entidad:	HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO ESE
NIT:	891855039
Orden:	Territorial
Departamento:	Boyacá
Ciudad:	SOGAMOSO
Sector:	SECTOR SALUD
Funcionario:	BELSSY ENITH RICAURTE BALLESTEROS
Dependencia:	ASESORA DE CONTROL INTERNO
Cargo:	ASESORA DE CONTROL INTERNO
Correo electrónico:	controlinterno@hospitalsogamoso.gov.co
1. Con cuántos equipos cuenta la entidad?	140
2. El software instalado en todos los equipos se encuentra debidamente licenciado? :	Si
3. De forma concreta, por favor describa los mecanismos de control que se han implementado en su entidad para evitar que los usuarios instalen programas o aplicativos que no cuenten con la licencia respectiva.	Se cuenta con política de seguridad de la información. Se han realizado socializaciones sobre el uso adecuado de los equipos institucionales.
4. De forma concreta, describa por favor cuál es el destino final que se le da al software dado de baja en su entidad.	Activos fijos para su disposición final.



Hospital Regional de Sogamoso  
Empresa Social del Estado  
Control Interno



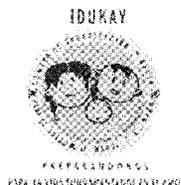
## INFORME DE GESTION DE CONTROL INTERNO AÑO 2014

**BELSSY ENITH RICAURTE BALLESTEROS**

Febrero 2015



Hospital Regional de Sogamoso  
Empresa Social del Estado  
Control Interno



## INTRODUCCIÓN

El Sistema de Control Interno tiene como propósito fundamental lograr la eficiencia, eficacia y transparencia en el ejercicio de las funciones de las entidades que conforman el Estado Colombiano y cualificar a los servidores públicos desarrollando sus competencias con el fin de acercarse al ciudadano y cumplir con los fines constitucionales para los que fueron creadas.

La Ley 87 de 1993, en su artículo 1, establece el Control Interno como un sistema integrado por el esquema de organización adoptados por la 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”.

La Oficina de Control Interno de Gestión de el Hospital Regional de Sogamoso ESE en cumplimiento de sus funciones dio acatamiento a lo establecido en el artículo 74 de la ley 1474 del 2011 dando a conocer su informe de gestión correspondiente al plan operativo anual de su oficina.



Hospital Regional de Sogamoso  
Empresa Social del Estado  
Control Interno



## **INFORME EJECUTIVO DE GESTIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO GESTIÓN VIGENCIA 2014**

### **GESTIÓN Y ACTIVIDADES ADELANTADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO.**

La entidad cuenta con la estructura Instrumental para la implementación del sistema de Control Interno, compuesta por la Gerencia, la cual le corresponde establecer, desarrollar y mantener el SCI del Hospital Regional de Sogamoso E.S.E. y la aplicación de las recomendaciones en materia de Control Interno; al Asesor de la oficina de Control Interno le corresponde la verificación posterior y selectiva de los elementos de control, apoyado en la organización de estos, informando las deficiencias y generando recomendaciones, para el seguimiento a planes de mejoramiento; el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno, ha adelantado los procesos de su competencia, garantizando su efectividad, cumplimiento de objetivos y metas institucionales; los comités institucionales elaboran e implementan los planes operativos a nivel de grupo y los Servidores Públicos son los responsables de la ejecución del control y de la operatividad eficiente de procesos y procedimientos.

### **A. INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2014**

El informe ejecutivo anual de control interno para la vigencia 2014, se presentó al Departamento Administrativo de la Función Pública –DAFP- en materia de Control Interno de acuerdo a las directrices trazadas, el 16 de Febrero de 2015.

### **B. INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE VIGENCIA 2014.**

El suscrito por la Jefe de Control Interno, realizó el informe de Control Interno Contable de la vigencia 2014, a través del Consolidador de Hacienda e Información Pública -CHIP. Presentado el 16 de febrero de 2015.

### **C. AUDITORIAS REALIZADAS DE ACUERDO AL PLAN DE AUDITORIA DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN DE LA ENTIDAD.**

#### **1. Análisis de análisis de inventarios: Almacén y Farmacia.**

Junto con Revisoría Fiscal se realiza el seguimiento a las diferencias encontradas en los inventarios físicos de farmacia y almacén, las cuales son informadas con oportunidad para la toma de decisiones. Algunas de las recomendaciones en la implementación del código de barras para disminuir los



Hospital Regional de Sogamoso  
Empresa Social del Estado  
Control Interno



errores en digitación y solicitar a los médicos que la fórmula que llega a farmacia sea legible para que el despacho de la misma sea el adecuado.

## **2. Seguimiento a medicamentos vencidos**

Se realiza acompañamiento al área de Calidad en cuanto a la revisión de medicamentos en piso; donde sale como recomendación la implementación de un formato de devolución de medicamentos e insumos médico quirúrgicos a la farmacia para minimizar el riesgo de medicamentos vencidos, así como la eliminación de las reservas en piso.

De la misma manera se solicitó una revisión periódica de los medicamentos que están bajo la custodia del jefe de servicio de enfermería por piso, para que diariamente realice el inventario de los medicamentos del carro de paro y sean rotados de tal manera que evite el vencimiento de los mismos.

## **3. Auditoria al proceso de contratación.**

Se tomó como principal insumo las carpetas de los contratos y la base de datos respectiva, revisando uno a uno los soportes de los mismos, verificando el cumplimiento de las etapas: Precontractual, contractual y poscontractual. Como recomendaciones se plasmó: Generar una base de datos de los proveedores con datos actualizados, elaboración con oportunidad de las actas de liquidación, archivar y foliar las carpetas de posesión de contratación, así como la actualización del Estatuto de Contratación

## **4. Seguimiento a la funcionalidad de los comités asistenciales.**

Los comités asistenciales se realizaron los últimos jueves de cada mes, contando con la asistencia de la mayoría de los líderes de proceso. Sin embargo se encuentra que los compromisos adquiridos en reuniones previas en muchas de las ocasiones no son cumplidas, dificultando así el logro de los objetivos institucionales. De igual manera, se recomendó la asistencia de la Gerencia y las subgerencias, ya que en ellos recaen muchas de las decisiones para superar muchas de las dificultades.

## **5. Aprobación manual de procesos y procedimientos.**

Durante la vigencia 2014, se realizaron mesas de trabajo junto con el área de planeación para documentar procesos, procedimientos, guías, protocolos, las cuales da como resultado la aprobación del Manual de Procesos y Procedimientos en el mes de Diciembre de 2014.



Hospital Regional de Sogamoso  
Empresa Social del Estado  
Control Interno



#### **6. Arqueos de caja.**

Junto con Revisoría fiscal se realizan arqueos periódicos donde los controles establecidos dan una certeza de los manejos apropiados de los recursos del Hospital Regional de Sogamoso.

#### **7. Seguimiento a Las PQRS**

Junto con la oficina de SIAU, se realiza la apertura de buzones cada quince días, así como el seguimiento a las PQRS que llegan a la oficina de SIAU y/o las encontradas en buzones, muchas de aquellas peticiones se solucionan en el momento y las otras se les realiza notificación a las diferentes empresas o dependencias según corresponda para resolver adecuadamente las PQRS de los usuarios, se consolida en el informe anual de seguimiento a las PQRS el cual es publicado en página web. Se crea el comité de PQRS en el mes de Junio de 2014

#### **8. Seguimiento al POA**

El POA, permite observar las potencialidades y posibles modificaciones al momento de prestar el servicio a cada uno de nuestros usuarios, generando una mayor calidad y compromiso de cada una de las instancias de la E.S E, de esta manera se trazan unas estrategias rectoras de este Plan y unos objetivos específicos para llevar a cabo cada uno de los objetivos misionales y administrativos que tengan como eje la necesidad de generar Bienestar a la población objeto y a toda el área de influencia de la E.S.E teniendo en cuenta que es un hospital que presta servicios de segundo nivel de complejidad.

#### **9. Revisión cumplimiento de horario en consultas especializadas.**

Junto con la oficina de SIAU y por las continuas peticiones de nuestros usuarios, se procede a la realización de una auditoria tendiente a la verificación del cumplimiento de horario de los médicos especialistas.

Se evidencia el incumplimiento de alguno de ellos por cuanto no hay la debida oportunidad en la atención. Se recomendó realizar seguimiento por la Subgerencia científica y toma de correctivos necesarios así como el aumento de horas de algunas especialidades como Urología, psiquiatría y Medicina Interna, entre otras con el fin de mejorar el indicador de oportunidad.

#### **10. Seguimiento Elaboración del presupuesto.**

Para la elaboración del presupuesto vigencia 2014, se contó con la participación de las diferentes áreas las cuales suscribieron ante la oficina de presupuesto sus necesidades para la vigencia, se cuenta con el procedimiento PGAF-01. Elaborar y ejecutar presupuesto. Donde se contó con la debida planeación y siguiendo los lineamientos del Manual de programación presupuestal emanado de la secretaria de Hacienda de la Gobernación de Boyacá.

Se contó con documentos como: Plan de Desarrollo, Plan de Compras, Plan de mantenimiento, Necesidades de gastos de personal y plan de inversiones.



Hospital Regional de Sogamoso  
Empresa Social del Estado  
Control Interno



#### **11. Revisión de Hojas de vida de equipos de cómputo.**

Partiendo del Plan de mantenimiento se procede a realizar la revisión de las Hojas de vida de los equipos de cómputo, cuyos resultados fueron expuestos a la subgerencia administrativa y de los cuales surge un plan de mejoramiento

#### **12. Auditoria de caja menor**

Cuyo objetivo era la revisión del buen manejo de los recursos del fondo de caja menor.

#### **13. Auditoria de calidad**

Se presenta informe a la Gerencia donde se toman los estándares de habilitación para verificación del cumplimiento y la determinación de posibles fallas.

#### **14. Seguimiento al Portal de Contratación**

Seguimiento a contratos inscritos en el SISTEMA ELECTRONICO DE CONTRATACION PÚBLICA (SECOP), para verificar el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de publicación de trámites y procedimientos frente al marco de la estrategia de gobierno en línea, evidenciando la observancia del cronograma de publicación de los actos administrativos de los procesos contractuales de la entidad, en el portal [www.colombiacompra.gov.co](http://www.colombiacompra.gov.co), elevando las recomendaciones pertinentes.

### **D. REUNIONES DEL COMITÉ COORDINADOR DE CONTROL INTERNO.**

El comité de control interno del Hospital Regional de Sogamoso ESE durante la vigencia 2014, realizo trece (13) reuniones en las cuales se trataron temas importantes para el logro de los objetivos institucionales. Se dejo soporte en actas de reunión de comité de control interno que reposan en la oficina de Control Interno de la entidad.

### **E. INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO SISTEMA DE CONTROL INTERNO.**

Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011, Artículo 9 -**Reportes del Responsable de Control Interno**. El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave”.

Se han presentado a la alta gerencia y publicado en la página web de la entidad [www.hospitalregionalsogamoso.gov.co](http://www.hospitalregionalsogamoso.gov.co) los informes pormenorizado del estado del control interno del Hospital Regional de Sogamoso ESE correspondiente a los siguientes periodos:



Hospital Regional de Sogamoso  
Empresa Social del Estado  
Control Interno



## INFORMES PORMENORIZADOS

PERIODO MARZO 2014

PERIODO JULIO 2014

### F. PRESENTACIÓN INFORME ESTADO DE LAS QUEJAS

En cumplimiento a lo establecido en la Ley 1474 del 12 de Julio de 2011, Artículo 76, “en toda entidad pública, deberá existir por lo menos una dependencia encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen, y que se relacionen con el cumplimiento de la misión de la entidad. La oficina de control interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la administración de la entidad un informe semestral sobre el particular. En la página web principal de toda entidad pública deberá existir un link de quejas, sugerencias y reclamos de fácil acceso para que los ciudadanos realicen sus comentarios. Todas las entidades públicas deberán contar con un espacio en su página web principal para que los ciudadanos presenten quejas y denuncias de los actos de corrupción realizados por funcionarios de la entidad, y de los cuales tengan conocimiento, así como sugerencias que permitan realizar modificaciones a la manera como se presta el servicio público”.

**PERIODO ENERO A DICIEMBRE DE 2014:** El informe correspondiente a este periodo fue publicado en la página web de la entidad en Febrero de 2015.

### G. SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCION

De acuerdo al Decreto 2641 de 2012, la oficina de control interno viene realizando los seguimientos al Plan Anticorrupción en los meses de Enero, Abril, Agosto y Diciembre de 2014.

### H. PRESENTACIÓN INFORME SOBRE DERECHOS DE AUTOR SOFTWARE

Se solicitó al ingeniero FREDY GONZALEZ, la información que hace parte del informe sobre derechos de autor software.

El 16 de Marzo de 2014 vía electrónica se remitió el informe sobre derechos de autor a la página web [www.derechodeautor.gov.co](http://www.derechodeautor.gov.co).

### I. FOMENTO CULTURA DE AUTOCONTROL

Se realizan publicaciones en página web y envío a los correos electrónicos de folletos alusivos al fomento de la cultura de autocontrol, adicionalmente se aprovecha el espacio de las inducciones y se realiza sensibilización sobre la responsabilidad y el autocontrol en el desarrollo de sus actividades.



Hospital Regional de Sogamoso  
Empresa Social del Estado  
Control Interno



#### **J. CAPACITACIONES MECI-CALIDAD**

Se contó con el apoyo de la ESAP para brindar capacitación a los líderes de proceso del Hospital regional de Sogamoso en cuanto a la implementación y seguimiento a MECI.

#### **K. CAPACITACIÓN Y CERTIFICACIÓN EN COMPETENCIAS LABORALES**

Junto con el SENA y los evaluadores por competencias laborales certificados (Me incluyo), se logró certificar a 80 colaboradores y funcionarios del Hospital Regional de Sogamoso en las siguientes normas de competencias laborales: 230101015. Orientar a la persona según el servicio solicitado de acuerdo con el portafolio de servicios institucional y normatividad en salud vigentes.

#### **L. ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN EN CALIDAD DE INVITADO A LOS SIGUIENTES COMITÉS INSTITUCIONALES EN FORMA PERIÓDICA:**

1. Comité de Farmacia y Terapéutica.
2. Comité de gerencia
3. Comité de conciliación
4. Comité Técnico de Sostenibilidad del Sistema Contable.
5. Comité Técnico Científico.
6. Comité de Licitaciones y adjudicaciones
7. Comité de Cartera y auditoria médica
8. Comité interno disciplinario
9. Direccionamiento y Gerencia
10. Comité de contratación
11. Comité de calidad

#### **M. SEGUIMIENTO ACTUALIZACION MECI 2014**

Se realizan reuniones con los líderes de proceso y la alta dirección, capacitándolos acerca de los cambios efectuados en el Modelo, se cumple con los tiempos establecidos en el Decreto 943 de 2014 y se consolidan las fases en el comité coordinación de control Interno.

Asistencia a reuniones programadas por parte de las dependencias, la Gerencia y la Junta Directiva, para tratar temas específicos.

Sogamoso 2015.

**BELSSY ENITH RICAURTE BALLESTEROS**  
Asesora de Control Interno



FUNCIÓN PÚBLICA  
Ministerio Administrativo de la Función Pública



**TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

### **CERTIFICADO DE RECEPCION DE INFORMACION**

La Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública, certifica que el Representante Legal de la Entidad relacionada a continuación, presentó electrónicamente la Encuesta de MECI VIGENCIA 2014.

Dicha información fue gestionada, elaborada y presentada en las fechas establecidas a través del Aplicativo MECI de acuerdo a la Circular No.100-01 de 2015 del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Entidad : E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO  
Representante Legal : JULIO CESAR PIÑEROS CRUZ  
Jefe de Control Interno: BELSSY ENITH RICAURTE BALLESTEROS  
Radicado Informe Ejecutivo No:976  
Fecha de Reporte:16/02/2015 09:40:34 a.m.

En constancia firma,

**MARÍA DEL PILAR GARCÍA GONZÁLEZ**  
Directora de Control Interno y Racionalización de Trámites

"Tú sirves a tu país, nosotros te servimos a ti"

Carrera 6a No. 12-62. Teléfono: 334 4080 Fax: 341 0515, línea gratuita 018000 917 770, Pagina  
web: [www.dafp.gov.co](http://www.dafp.gov.co),

Email: [webmaster@funcionpublica.gov.co](mailto:webmaster@funcionpublica.gov.co), Bogotá D.C, Colombia

Indicador	Capacitación	Recursos Asignados	Proyecto Gestión	Encuestas PQR	Balance	Ferribase
-----------	--------------	--------------------	------------------	---------------	---------	-----------

1. OBJETIVO GENERAL DEL CONTROL INTERNO

1.1. OBJETIVO

#### ACUERDO, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS

El Hospital Regional de Sogamoso cuenta con documento con los principios y valores de la entidad, construido participativa mente, se cuenta con el código de ética y buen gobierno aprobado mediante acto administrativo, el en la vigencia 2014, fue socializado en el proceso de inducción y se creo la herramienta virtual para que los funcionarios y colaboradores lo pudieran interiorizar, se realizo encuesta por parte de calidad para evaluar el grado de adherencia al mismo.

#### DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO

La Entidad cuenta con Manual de funciones y competencias laborales. El plan Institucional de formación y capacitación fue debidamente formulado y ejecutado de acuerdo a las necesidades de capacitación del personal. Se cuenta con programa de inducción , se formuló el plan de bienestar.

#### PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

La misión, visión y objetivos institucionales han sido divulgados a todos los funcionarios y colaboradores.. Se realiza encuesta de satisfacción al usuario, seguimiento a PQRS y los resultados son divulgados en los diferentes comités institucionales y se toman correctivos. Se cuenta con fichas de los indicadores y se le realiza el debido seguimiento por parte del área de planeación.

#### MODELO DE OPERACION POR PROCESOS

La entidad aprobó en el CCCI el Manual de Procesos y procedimientos institucional, se realizó revisión del Mapa de Procesos y se ajustó de acuerdo a la realidad, los procedimientos fueron socializados y divulgados a los líderes de procesos los cuales tienen la responsabilidad de divulgarlos a sus equipos de trabajo, se creo la herramienta en google sites para que los lideres tengan acceso a la información requerida para el desarrollo de las actividades.

#### INDICADORES DE GESTION

Se realiza seguimiento cada seis meses por parte del area de planeación, se hace la simulación de la medición en el Balance Score card, esta información es enviada a la alta dirección para toma de decisiones, y en la medición del corte es presentada a los funcionarios y colaboradores.

#### ADMINISTRACION DE RIESGOS

Se cuenta con actas del CCCI donde se socializaron los mapas de riesgo por proceso, de igual manera se aprobaron en dicho comité y esta información reposa en el Manual de Procesos y procedimientos.

#### AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL

Se cuenta con indicadores definidos en los procesos.

#### AUDITORIA INTERNA

Se cuenta con Programa de auditoria de control interno y de calidad aprobados. Se formularon los procedimientos de auditoria interna, adicionalmente, se cuenta con informes de auditoria realizadas por las diferentes areas de control institucional, los cuales son debidamente socializados y presentados a la Gerencia para la toma de decisiones.

#### INFORMACION Y COMUNICACION

Se cuenta con pagina web institucional, se lleva a cabo el proceso de rendición de cuentas de acuerdo a la metodología de la DAFF, se cuenta con buzones de sugerencias, oficina de SIAU y mecanismos de recepción de PQRS por parte de usuarios internos y externos.

La Oficina de Atención al Usuario ha contado con las herramientas básicas para la operatividad del SIAU. - Existen los respectivos controles para la comunicación verbal y escrita. Se da estricto cumplimiento a los informes requeridos por los diferentes entes de control y vigilancia.

Objetivo:

**DÉSARROLLO DEL TALENTO HUMANO**

No se ha actualizado el Manual de funciones y competencias laborales.

No se cuenta con programa de re-inducción, aunque algunos procesos realizan el esfuerzo de mantener a sus colaboradores actualizados, no s todos los procesos.

No se ha definido el plan de incentivos, se tiene borrador del mismo, pero aun no se ha adoptado mediante acto administrativo.

Falta realizar seguimiento a la evaluación de desempeño institucional.

**MÓDELO DE OPERACION POR PROCESOS**

Seguimiento a la adherencia de los procesos y procedimientos institucionales.

**INDICADORES DE GESTIÓN**

El fomento de la cultura del reporte con la debida oportunidad, lo que retrasa en algunos casos la presentación de resultados.

**ADMINISTRACION DE RIESGOS**

Seguimiento y control de los riesgos.

**AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL**

Los indicadores de proceso deben ser evaluados por los líderes de proceso y no se tiene evidencia de la misma.

**INFORMACION Y COMUNICACION**

Creación de mayores controles en el acceso a la información de la pagina web para evitar hackeo.

Elaborado por:

GRACIELA MARCELA RODRIGUEZ  
CALLES 2000 103

Fecha:

15/03/2015 09:40:13 a.m.

Revisado por:

DAVID ANDRÉS SÁNCHEZ ORTIZ

Fecha:

15/03/2015 09:40:13 a.m.

MODELO ESTÁNDAR DE  
CONTROL INTERNO - MECI

Pregunta	
A1. SECTORIO DE GOBIERNO	
A1.1. La entidad:	
a. ha organizado el equipo MECI.	A.SI
b. Ha identificado sus funciones acorde con la normatividad que le es aplicable.	A.SI
c. Ha identificado los objetivos institucionales a través de los cuales contribuye al cumplimiento de los fines esenciales del Estado.	A.SI
d. Ha adoptado una misión y visión.	A.SI
e. Reconoce su cultura organizacional.	A.SI
f. Cuenta con un documento con los principios y valores .	A.SI
g. Construyo participativamente el documento con los principios y valores.	A.SI
h. Cuenta con un manual de funciones, competencias y requisitos.	A.SI
i. Cuenta con un Comité de Coordinación de Control Interno activo	A.SI
j. Cuenta con programa de bienestar.	A.SI
k. Ha creado programa de incentivos.	A.SI
l. Determina y proporciona los recursos necesarios para avanzar en el desarrollo de sus funciones y deberes y cumplimiento de sus objetivos institucionales.	A.SI
m. ha establecido pliegos de condiciones u otras disposiciones aplicables para proveedores, productos y/o servicios adquiridos y requisitos legales en el desarrollo de sus funciones.	A.SI
n. Cuenta con un programa de capacitación institucional basado en el diagnostico de necesidades de los funcionarios	A.SI
A2. El programa de inducción basada en el negocio:	
1. Familiarizarlo con la organización, el servicio público y con las funciones generales del Estado?	A.SI
2. Instruirlo acerca de las funciones de su proceso o dependencia y su contribución a los fines esenciales del Estado?	A.SI
3. Instruirlo acerca de la misión y visión de la entidad, al igual que sus responsabilidades individuales, sus deberes y derechos?	A.SI
4. Crear identidad y sentido de pertenencia respecto de la entidad?	A.SI
5. El fortalecimiento de la formación ética, mediante la información sobre de las normas y las decisiones tendientes a prevenir la corrupción, así como sobre las inhabilidades e incompatibilidades relativas a los servidores públicos?	A.SI
A3. El programa de inducción es:	
1. ...revisado?	b. A veces cuando se presenta una novedad organizacional o normativa
2. ...actualizado?	a. Siempre que hay alguna novedad organizacional o normativa
3. ...divulgado con las modificaciones?	c. Muy pocas de las veces en las que se presentan novedades
A4. El programa de inducción basado en:	
1. ...Enterar a los empleados acerca de reformas en la organización del Estado y de sus funciones?	C.No tiene programa de re-inducción
2. ...Ajustar el proceso de integración del empleado al sistema de valores deseado por la organización, afianzar su formación ética y su contribución a los fines esenciales del Estado?	C.No tiene programa de re-inducción
3. ... Informar a los empleados sobre la reorientación de la misión institucional, lo mismo que sobre los cambios en las funciones de los procesos o las dependencias y de su puesto de trabajo?	C.No tiene programa de re-inducción
4. ... Fortalecer el sentido de pertenencia e identidad de los empleados con respecto a la entidad?	C.No tiene programa de re-inducción
5. ...Poner en conocimiento de los empleados las normas y las decisiones para la prevención de la corrupción, así como informarlos de las modificaciones en materia de inhabilidades e incompatibilidades de los servicios públicos?	C.No tiene programa de re-inducción
A5. Necesidad de compromisos de la alta dirección frente a los siguientes aspectos...	
1. ...el fortalecimiento de la cultura, los principios y los valores de la entidad?	a. Constantemente comprometida
2. ...el cumplimiento del del documento etico?	a. Constantemente comprometida
3. ...el fortalecimiento de la misión y la visión de la entidad?	a. Constantemente comprometida
4. ...gestión del recurso humano para el cumplimiento de las funciones de la entidad?	a. Constantemente comprometida
5. ...la gestión de la infraestructura para el cumplimiento de las funciones de la entidad?	a. Constantemente comprometida
6. ...el aseguramiento de canales adecuados para la comunicación al interior de la entidad?	a. Constantemente comprometida
7. ...disposición de políticas de operación que faciliten el fortalecimiento del Sistema de Control	a. Constantemente comprometida

interno?	
8. ...el establecimiento de la política de Administración del Riesgo?	a. Constantemente comprometida
9. ...su participación y responsabilidad en los procesos de Autoevaluación y Auditoría Interna que se realizan?	a. Constantemente comprometida
10. ...apoyo a las actividades del Comité de Coordinación de Control Interno?	a. Constantemente comprometida
B3. La conformidad de gestión (de acuerdo con el Título VIII de la Ley 193 de 2003) ...	
1. ...se han suscrito dentro de los terminos legales establecidos?	a. Sí
2. ...se les han realizado los seguimientos establecidos?	a. Sí
3. ...se han evaluado en el término establecido después de acabar el ejercicio?	a. Sí
B. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	
B3. La entidad ...	
a. ha identificado sus fuentes de información Externa.	A.SI
b. tiene definida una política y un plan de comunicaciones.	A.SI
c. cuenta con un sistema de información para la captura, procesamiento, almacenamiento y difusión de la información.	A.SI
d. cuenta con canales de comunicación externos (por ejemplo sitio Web, redes sociales, radio, televisión, entre otros)	A.SI
e. cuenta con canales de comunicación internos (por ejemplo Intranet, carteleras, correo electrónico, entre otros)	A.SI
f. cuenta con un área de atención al ciudadano.	A.SI
g. conoce y tiene en cuenta para sus procesos de atención a la ciudadanía, los lineamientos establecidos en la normatividad vigente?	A.SI
B4. La entidad cuenta con mecanismos de recolección de información para ...	
1. ...administrar sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, antes de control, entre otros).	a. de forma permanente y continua
2. ...evaluar la percepción externa de su gestión.	a. de forma permanente y continua
3. ...identificar las necesidades y prioridades en la prestación del servicio.	a. de forma permanente y continua
4. ...medir la satisfacción y la opinión de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, antes de control, entre otros).	a. de forma permanente y continua
B5. Como mecanismo el (los) mecanismo(s) para la recolección de sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, antes de control, entre otros) es(es):	
1. Recepción (registro y número de radicado) de la información	a. Eficiente
2. Clasificación y distribución de la información	a. Eficiente
3. Seguimiento a la oportuna respuesta y trazabilidad del documento.	a. Eficiente
B6. Como mecanismo el (los) mecanismo(s) para la recolección de sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, antes de control, entre otros) es(es):	
1. Recepción (registro y número de radicado) de la información	a. Eficiente
2. Clasificación y distribución de la información	a. Eficiente
3. Seguimiento a la oportuna respuesta y trazabilidad del documento.	a. Eficiente
B7. Como mecanismo el (los) mecanismo(s) para la recolección de sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, antes de control, entre otros) es(es):	
1. El sistema de registro.	a. Óptimo
2. El acceso de los usuarios e interesados.	a. Óptimo
3. La divulgación oportuna de la información.	a. Óptimo
SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	
B8. Cómo calificaría el sistema de información de la entidad en cuanto a:	
1. ...robustez para mantener la integridad de la información?	a. Excelente
2. ...confiabilidad de la información disponible ?	a. Excelente
3. ...facilidad en la consulta de información?	b. Bueno
4. ...eficiencia en la actualización de la información?	b. Bueno
5. ...capacidad para el volumen de información que maneja la entidad?	b. Bueno
6. ...la actualización tecnológica del sistema de información?	b. Bueno
7. ...el mantenimiento de la funcionalidad del sistema de información?	b. Bueno
B9. El sistema de información le permite a la entidad administrar...	
1. ...la correspondencia de manera?	a. Eficiente
2. ...los recursos físicos de manera?	a. Eficiente
3. ...los recursos humanos de manera?	a. Eficiente
4. ...los recursos financieros de manera?	a. Eficiente
5. ...los recursos tecnológicos de manera?	a. Eficiente

COMUNICACIÓN INTERNA	
B10¿La entidad cuenta con una estrategia de comunicación interna (que incluye política, plan y canales de comunicación) que permite el flujo de información entre sus diferentes niveles y áreas?	A.SI
B11 ¿Con qué periodicidad se revisa la eficiencia, eficacia y efectividad de la estrategia de comunicación interna (incluyendo política, plan y canales de comunicación)?	b. Una vez al año
B12 ¿Se realizan mejoras y/o ajustes a la estrategia de comunicación interna una vez se detectan fallas?	A.SI
<b>COMUNICACIÓN EXTERNA</b>	
B13 ¿La entidad es transparente con el artículo 9 Ley 1712 de 2014, respecto de su estructura, metas y resultados, publicadas en su página Web informativa referenciada en?	
1. ...La descripción de su estructura orgánica, funciones, la ubicación de sus sedes, divisiones o departamentos, y sus horas de atención al público	a. Todos de manera oportunamente
2. ...Su presupuesto general, ejecución presupuestal histórica anual y planes de gasto público para cada año fiscal, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011?	B.NO
3. ...Un directorio que incluya el cargo, correo electrónico y teléfonos del despacho de los empleados y funcionarios, las escalas salariales correspondientes a las categorías de todos los servidores que trabajan en el sujeto obligado, de conformidad con el formato de información de servidores públicos y contratistas?	A.SI
4. ...Todas las normas generales y reglamentarias, políticas; lineamientos o manuales; las metas y objetivos de las unidades administrativas con sus programas operativos y los resultados de las auditorías al ejercicio presupuestal e indicadores de desempeño?	A.SI
5. ...Su respectivo plan de compras anual, así como las contrataciones adjudicadas para la correspondiente vigencia en lo relacionado con funcionamiento e inversión?	A.SI
6. ...Las obras públicas, los bienes adquiridos, arrendados y en caso de los servicios de estudios o investigaciones su tema específico, de conformidad con el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011?	A.SI
7. ...Los contratos de prestación de servicios (incluyendo objeto, monto de los honorarios, direcciones de correo electrónico y plazos de cumplimiento), de conformidad con el formato de información de servidores públicos y contratistas?	A.SI
8. ...Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (artículo 9 Ley 1712 de 2014)?	A.SI
B14 ¿La entidad es transparente con el artículo 11 Ley 1712 de 2014 respecto de sus servicios, procedimientos y equipamientos, públicos y privados, publicados en su página Web referenciada en?	
1. ... Toda la información correspondiente a los trámites que se pueden agotar en la entidad, incluyendo la normativa relacionada, el proceso, los costos asociados y los distintos formatos o formularios requeridos (En concordancia con la Ley 962 de 2005, el Decreto Ley 019 de 2012, los lineamientos de Gobierno en Línea, entre otros)?	a. Todos de manera oportunamente
2. ...Los informes de gestión, evaluación y auditoría?	c. Rara vez se publican o rara vez se actualizan
3. ...Informe Pormenorizado de Control Interno cada 4 meses (artículo 9 Ley 1474 de 2011)?	a. Todos de manera oportunamente
4. ...El link de quejas, sugerencias, reclamos y denuncias de fácil acceso para todos los ciudadanos (artículo 76 Ley 1474 de 2011)?	a. Todos de manera oportunamente
5. ...Un registro de las publicaciones con los documentos correspondientes?	b. No todos de manera oportuna
B15 ¿Cabe clasificar es el mecanismo adoptado por la entidad para...	
1. ...La recepción y registro de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias?	a. Eficiente
2. ...La distribución de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias?	a. Eficiente
3. ...el seguimiento a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias?	a. Eficiente
4. ...La oportuna respuesta a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias?	a. Eficiente
<b>Medios de Comunicación</b>	
B16 ¿La entidad...	
1. ...le hace seguimiento o mejoras a sus canales de comunicación internos y externos?	a. Continuamente
2. ...verifica la funcionalidad y efectividad de sus canales de comunicación?	a. Continuamente
3. ...verifica que sus canales de comunicación sean consistentes y que la información que se suministra esté actualizada?	a. Continuamente
4. ...verifica que el área de atención al ciudadano sea de fácil acceso a la ciudadanía según lo dispone la Ley 962 de 2005?	a. Continuamente
5. ...verifica que el área de atención al ciudadano mantenga actualizados todos los servicios que ellos demandan?	a. Continuamente
<b>Transparencia y Rendición de Cuentas</b>	
B17 ¿Para el proceso de rendición de cuentas se realizó?	
1. ...Incluyó la estrategia de rendición de cuentas en el Plan de Acción Anual?	A.SI
2. ...Formuló acciones de información (calidad y lenguaje claro sobre los procesos y resultados de la gestión pública), diálogo (explicar, escuchar y retroalimentar la gestión) e incentivos (a los servidores públicos y a los ciudadanos)?	A.SI
3. ... realizó evaluaciones de cada una de las acciones de la estrategia de rendición de cuentas (información, diálogo e incentivos)?	A.SI
4. ...convocó a tres o más organizaciones sociales representativas de la comunidad, para presentar la evaluación a la gestión institucional en la audiencia pública de rendición de cuentas?	A.SI
5. ...divulgó los resultados de la rendición social de cuentas por lo menos por medio de su página web o publicaciones, comunicaciones a las organizaciones sociales, usuarios y grupos de interés	A.SI

que participaron en el proceso?	
6. ...formuló un plan de mejoramiento como resultado de la estrategia de rendición de cuentas?	B.NO
7. ...realizó audiencia pública de rendición de cuentas a la ciudadanía en el último año?	A.SI
C. CALIDAD DEL SERVICIO	
C1. ¿Qué tan a menudo es analizada la información recabada con respecto a...	
1. ...sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas?	a. Continuamente
2. ...la percepción externa de la gestión de la entidad?	b. Regularmente
3. ...las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	a. Continuamente
4. ...satisfacción y opinión del cliente y partes interesadas?	a. Continuamente
5. ...recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores?	a. Continuamente
C2. Los mecanismos de recolección de información le permiten obtener...	
1. ...acerca de sugerencias, quejas, peticiones o reclamos o denuncias de las partes interesadas?	a. Información relevante y completa
2. ...sobre la percepción externa de su gestión	a. Información relevante y completa
3. ...acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio	a. Información relevante y completa
4. ...acerca de la satisfacción y la opinión del cliente y partes interesadas	a. Información relevante y completa
C3. ¿Qué tan a menudo se realizan los siguientes programas de bienestar o acciones de formación del personal y actividades de desarrollo de capacidades?	
1. ...medición del clima laboral?	a. Cada año
2. ...evaluación de desempeño (u otros mecanismos de evaluación) a los servidores?	a. Evaluaciones parciales semestrales y la anual
C4. ¿La información obtenida a partir de la medición del clima laboral es utilizada para:	
1. ...mejorar el programa de bienestar?	A.SI
2. ...mejorar el programa de incentivos?	A.SI
3. ...fortalecer la cultura organizacional?	A.SI
C5 ¿Se analiza la información obtenida a partir de la evaluación de desempeño (u otros mecanismos de evaluación) y/o los acuerdos de gestión para estructurar los planes de formación y capacitación?	A.SI
D. ADECUACIÓN DE PROCESOS	
D1. ¿Qué tan a menudo se revisan y ajustan los procesos en respuesta a...	
D1.1. ¿Qué tan a menudo se revisan y ajustan los procesos en respuesta a...	
1. ...elaborado caracterizaciones?	a. A todos.
2. ...determinado sus interacciones?	a. A todos.
3. ...definido procedimientos para su ejecución?	a. A todos.
4. ...construido indicadores para medir su eficacia, eficiencia y efectividad?	a. A todos.
D1.2. ¿Qué tan a menudo se revisan y ajustan los procesos en respuesta a...	
1. ...sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias por parte de la ciudadanía?	a. Revisa y ajusta de manera inmediata
2. ...los resultados de la gestión de la entidad?	a. Revisa y ajusta de manera inmediata
3. ...las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	a. Revisa y ajusta de manera inmediata
4. ...la satisfacción y opinión de los usuarios y partes interesadas?	a. Revisa y ajusta de manera inmediata
5. ...recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores?	a. Revisa y ajusta de manera inmediata
D2. ¿Qué tan a menudo se revisan y ajustan los procesos en respuesta a...	
1. ...se les han determinado acciones correctivas?	d. A ninguno.
2. ...se les implementan las acciones correctivas?	d. A ninguno.
3. ...se les ha medido la eficacia de sus acciones correctivas?	d. A ninguno.
D3. ¿Qué tan a menudo se revisan y ajustan los procesos en respuesta a...	
1. ...se les han determinado acciones preventivas?	c. A menos de la mitad.
2. ...se les implementan las acciones preventivas?	c. A menos de la mitad.
3. ...se les ha medido la eficacia de sus acciones preventivas?	c. A menos de la mitad.
D4. ¿Qué tan a menudo se revisan y ajustan los procesos en respuesta a...	
1. ...detecta la necesidad de ajustar alguna acción correctiva?	a. Se analiza y aplica de manera inmediata
2. ...decide sobre la ejecución de la acción preventiva?	a. Se analiza y aplica de manera inmediata

3. ...notifica a las personas involucradas en la ejecución de los procesos, las novedades en las acciones correctivas?	a. Se analiza y aplica de manera inmediata
4. ...detecta la necesidad de ajustar alguna acción preventiva?	a. Se analiza y aplica de manera inmediata
5. ...decide sobre la ejecución una acción preventiva?	a. Se analiza y aplica de manera inmediata
6. ...notificar a las personas involucradas en la ejecución de los procesos las novedades en las acciones preventivas?	a. Se analiza y aplica de manera inmediata
106. Indicador de Gestión:	
106.1 Indicador de Gestión: los indicadores de gestión que se han diseñado para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, según sea el caso.	
1. ...se utilizan y se alimentan los indicadores?	a. Continuamente
2. ...se analizan las mediciones obtenidas a partir de los indicadores?	a. Continuamente
3. ...se valida su capacidad y consistencia?	a. Continuamente
4. ...se ajustan de acuerdo con las correcciones y mejoras que presentan los procesos?	a. Continuamente
107. Indicador de Gestión:	
107.1 Indicador de Gestión: en los procesos, la entidad:	
1. ...actualiza el mapa de procesos?	a. Analiza los cambios y los aplica de manera inmediata
2. ...socializa a los servidores el mapa de procesos con las modificaciones?	a. Analiza los cambios y los aplica de manera inmediata
108. Indicador de Operaciones (o también denominado Manual de Procesos y Procedimientos o Manual de Entidad):	
108.1 Indicador de Operaciones (o también denominado Manual de Procesos y Procedimientos o Manual de Entidad):	
1. Los procesos caracterizados.	a. debidamente documentado(s) y actualizado(s)
2. Las interrelaciones de los procesos identificadas.	a. debidamente documentado(s) y actualizado(s)
3. Los procedimientos establecidos para los procesos.	a. debidamente documentado(s) y actualizado(s)
4. El mapa de los procesos.	a. debidamente documentado(s) y actualizado(s)
5. Los roles y las responsabilidades de las personas con procesos a cargo.	a. debidamente documentado(s) y actualizado(s)
6. Los indicadores de los procesos.	a. debidamente documentado(s) y actualizado(s)
7. El mapa de riesgos.	a. debidamente documentado(s) y actualizado(s)
8. La estructura organizacional de la entidad.	a. debidamente documentado(s) y actualizado(s)
109. Indicador de Operaciones (o también denominado Manual de Operaciones frente a entidades usu...):	
1. ...los procesos?	a. Cada vez que se presenta un cambio
2. ...las interrelaciones de los procesos?	a. Cada vez que se presenta un cambio
3. ...los procedimientos establecidos para los procesos?	a. Cada vez que se presenta un cambio
4. ...el mapa de los procesos?	a. Cada vez que se presenta un cambio
5. ...los roles y las responsabilidades de las personas con procesos a cargo?	a. Cada vez que se presenta un cambio
6. ...los indicadores de los procesos?	a. Cada vez que se presenta un cambio
7. ...el mapa de riesgos?	a. Cada vez que se presenta un cambio
8. ...la estructura organizacional?	a. Cada vez que se presenta un cambio
110. Indicador de Operaciones (o también denominado Manual de Operaciones frente a entidades usu...):	
1. ...de fácil acceso para todos los servidores de la entidad?	A. SI
2. ...utilizado como herramienta de consulta?	A. SI
3. ...divulgado entre los interesados?	A. SI
111. Indicador de Operaciones (o también denominado Manual de Operaciones frente a entidades usu...):	
111.1 Indicador de Operaciones (o también denominado Manual de Operaciones frente a entidades usu...):	
1. ...los requerimientos legales?	A. SI
2. ...los objetivos institucionales?	A. SI
3. ...los requerimientos presupuestales?	A. SI
4. ...la opinión y satisfacción de los usuarios otras partes interesadas?	A. SI
112. Indicador de Operaciones (o también denominado Manual de Operaciones frente a entidades usu...):	
112.1 Indicador de Operaciones (o también denominado Manual de Operaciones frente a entidades usu...):	
1. ...ha diseñado un cronograma?	B. NO
2. ...ha definido metas?	A. SI
3. ...ha delegado responsabilidades?	A. SI
4. ...ha definido acciones de seguimiento a la planeación?	A. SI
5. ...ha construido indicadores de eficiencia eficacia y efectividad para medir y evaluar el avance en la gestión?	A. SI
113. Indicador de Operaciones (o también denominado Manual de Operaciones frente a entidades usu...):	
113.1 Indicador de Operaciones (o también denominado Manual de Operaciones frente a entidades usu...):	
2. ...revisa y analiza el estado del cumplimiento de las metas?	a. Siempre
3. ...revisa y analiza la ejecución presupuestal?	a. Siempre
4. ...revisa que el normograma se encuentre actualizado?	a. Siempre

5. ...revisa que se alimenten y analicen los indicadores de avance a la gestión?	a. Siempre
Estrategia organizacional	
60 ¿La estrategia organizacional está en la entidad?	
1. ...fue considerada para el diseño y estructuración de los procesos?	a. Sí
2. ...permite determinar los niveles de autoridad y responsabilidad para el desarrollo de los procesos?	a. Sí
3. ...facilita el flujo de información entre los procesos?	a. Sí
4. ...es el punto de partida para que los funcionarios entiendan su papel dentro de los procesos?	a. Sí
E. ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	
Estrategia de administración del riesgo	
61 La política de administración del riesgo...	
1. ...la formuló el Representante Legal y el equipo Directivo de la entidad en el marco del Comité de Coordinación de Control Interno?	a. Sí
2. ...está basada en los planes estratégicos de la entidad?	a. Sí
3. ...está basada en los objetivos institucionales?	a. Sí
4. ...establece su objetivo y alcance?	a. Sí
5. ... establece los niveles de aceptación o tolerancia al riesgo?	a. Sí
6. ...establece los niveles para calificar el impacto en los procesos?	a. Sí
7. ...determina los responsables del monitoreo y seguimiento a los mapas de riesgos?	a. Sí
8. ...establece la periodicidad del seguimiento, de acuerdo a los niveles de riesgo residual?	a. Sí
62 ¿Para cada uno de los siguientes contextos, la entidad ha identificado factores que pueden afectar negativamente el cumplimiento de sus objetivos?	
1. Económico	A. SI
2. Político	A. SI
3. Social	B. NO
4. Medioambiental	a. Sí
5. Tecnológico	A. SI
6. Legal	A. SI
7. Infraestructura	A. SI
8. Recurso Humano	A. SI
9. Procesos	A. SI
10. Tecnología implementada	A. SI
11. Comunicación interna y externa	A. SI
12. Posibles actos de corrupción	A. SI
Identificación de Riesgos	
63 Para la identificación del riesgo se consideran los siguientes aspectos:	
1. ...los objetivos de los procesos	a. En todos los casos
2. ...el alcance de los procesos	a. En todos los casos
3. ...los factores de riesgo analizados sobre los procesos	a. En todos los casos
4. ...las causas posibles asociadas a los factores analizados sobre los procesos	a. En todos los casos
5. ...las eventualidades posibles asociadas a la ejecución de los procesos	a. En todos los casos
6. ...las interacciones de los procesos	a. En todos los casos
Análisis de riesgo	
64 Teniendo en cuenta los riesgos identificados a los procesos, los cuales pueden afectar el cumplimiento de los objetivos de la entidad, en cuántos de estos procesos...	
1. ...se les ha analizado de manera completa sus causas?	a. A todos los procesos
2. ...se les ha analizado de manera completa su probabilidad de ocurrencia?	a. A todos los procesos
3. ...se les ha analizado de manera completa su efecto e impacto?	a. A todos los procesos
4. ...se les ha analizado de manera completa su zona de riesgo inherente?	a. A todos los procesos
Evaluación de Riesgos	
65 Teniendo en cuenta los riesgos identificados a los procesos, en cuántos de dichos procesos...	
1. ...se les han establecido controles para evitar la materialización de los riesgos?	a. A todos los procesos
2. ...se les ha establecido un responsable y una periodicidad para la aplicación y seguimiento a los controles?	a. A todos los procesos
3. ...se les ha construido indicadores para medir la efectividad de sus controles?	a. A todos los procesos
4. ...se les ha construido un mapa de riesgos?	a. A todos los procesos
66 En cuántos procesos se aplica el seguimiento a los controles, según qué periodicidad...	

1. ...se realizan mediciones de sus indicadores?	a. Siempre
2. ...se analizan las mediciones de los indicadores?	a. Siempre
3. ...se revisan y/o ajustan los controles a partir de los análisis obtenidos?	a. Siempre
Plan de Control Interno	
C5 ¿Cómo se manejan los cambios en los sectores de riesgo (los mapas de riesgos son...)	
1. ...actualizados?	a. Todos de manera oportuna
2. ...divulgados una vez que han sido actualizados?	a. Todos de manera oportuna
Plan de riesgos institucionales	
C6 ¿El mapa de riesgos institucionales...	
1. ...contiene todos los riesgos con mayor impacto para la entidad?	a. Sí
2. ...contiene los todos los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción?	a. Sí
3. ... se realiza monitoreo o seguimiento de acuerdo con la periodicidad establecida en la política de administración del riesgo?	a. Sí
4. ...se actualiza de acuerdo a los resultados del monitoreo o seguimiento realizado?	a. Sí
5. ...se divulga oportunamente cuando se ha actualizado?	a. Sí
Plan de riesgos institucionales	
C6 Dentro de la vigencia que está siendo evaluada ¿la entidad definió un Programa Anual de Auditorías?	
	a. Sí
C7 ¿El Programa Anual de Auditorías...	
1. ...Identifica metas y objetivos estratégicos para la evaluación del Sistema de Control Interno?	A.SI
2. ...incluye todas las actividades que realiza la Oficina de Control Interno, adicionales a las auditorías internas para la vigencia?	A.SI
3. ...define el objetivo y alcance alineado con la planeación de la entidad?	A.SI
4. ...define un universo de auditoría y realiza una priorización de los procesos a auditar?	A.SI
5. ...define las fechas de seguimiento al Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano (de acuerdo a la Ley 1474 de 2011)?	A.SI
C8 Determine el estado de la ejecución del Programa Anual de Auditorías.	a. Se ejecutó entre el 90% y 100% de lo planeado.
C9 ¿De acuerdo de las auditorías tal como la entidad prevé...	
1. ...verificar el diseño y aplicación de los controles asociados a los procesos?	a. De la mayoría de los procesos
2. ...verificar la efectividad de los controles frente a la materialización de los riesgos (si han sido efectivos para evitar su materialización)?	a. De la mayoría de los procesos
3. ...realizar seguimiento a los mapas de riesgos de los procesos (incluyendo el seguimiento a los riesgos de corrupción)?	a. De la mayoría de los procesos
C10 ¿Los resultados de las auditorías internas fueron...	
1. ...comunicadas al Representante Legal de la entidad?	A.SI
2. ...comunicados a cada uno de los niveles directivos responsables?	A.SI
3. ...tenidos en cuenta para la toma de acciones de mejoramiento?	A.SI
Plan de Mejoramiento	
C11 ¿La Entidad cuenta con un Plan de Mejoramiento Institucional?	B.NO
C14 ¿Los Planes de Mejoramiento por Procesos de la entidad están definidos?	B.NO
Plan de Mejoramiento Individual	
C17 ¿Los Planes de Mejoramiento Individual se encuentran establecidos?	a. Sí
C18 ¿De acuerdo a qué criterios se establecieron los Planes de Mejoramiento Individual?	c. De acuerdo al diagnóstico de necesidades de capacitación realizada por parte del proceso de talento humano.
C19 ¿El Plan de Mejoramiento Individual ha sido alcanzado?	
1. ...mantener continuo conocimiento del desempeño individual de los servidores?	b. En algunos casos
2. ...hacerle seguimiento al desarrollo de las acciones de mejoramiento individual?	b. En algunos casos

<b>PLANIFICACIÓN</b>	
¿Se han realizado revisiones internas al Sistema de Gestión de la Calidad?	
¿Se han realizado campañas de sensibilización?	
a. Una revisión con respecto a su estructura, funciones y recursos.	A.SI
b. La revisión del alcance del Sistema de Gestión de la Calidad y su alineación con el direccionamiento estratégico.	A.SI
c. Campañas de sensibilización del Sistema de Gestión de la Calidad a todos los funcionarios de la entidad con una periodicidad definida.	A.SI
2. ¿Con base en los resultados de las revisiones se han efectuado ajustes a la planeación?	A.SI
3. ¿Se han adelantado acciones de socialización de la planeación al interior de la Entidad?	A.SI
<b>PLANIFICACIÓN DE RECURSOS</b>	
1. ¿La Entidad cuenta con manual de funciones, competencias y requisitos?	A.SI
2. ¿El manual, incluye las competencias funcionales para los empleos?	A.SI
3. ¿Cada cuánto se actualiza o capacita a los funcionarios en cuanto a los cambios o mejoras al Sistema de Gestión de la Calidad?	a. Cada vez que se presenta un cambio
4. ¿La Entidad formuló el Plan Institucional de Capacitación para la presente vigencia?	A.SI
<b>AUDITORÍAS INTERNAS</b>	
¿Se han realizado planes del ejercicio de auditorías internas?	
a. Programa	A.SI
b. Procedimiento sistemático para su desarrollo	B.NO
c. Registro de las evidencias halladas y resultados	A.SI
d. Ninguna de las anteriores	A.SI
2. Dentro de la vigencia que está siendo evaluada ¿Definió la entidad un Programa Anual de Auditorías?	A.SI
3. Para la estructuración del programa anual de auditorías la entidad:	h. Lo realizó de forma independiente y separado de las auditorías realizadas por parte de la Oficina de Control Interno
4. Determine el estado de la ejecución del Programa Anual de Auditorías.	b. No se ejecutó en su totalidad pero se avanzó en ello, entre un 50% y 89% de lo planeado
<b>IMPACTO DE LOS RESULTADOS DE LAS AUDITORÍAS INTERNAS</b>	
a. Fueron comunicadas al Representante Legal de la entidad?	A.SI
b. Fueron comunicados a cada uno de los niveles directivos responsables?	A.SI
c. Fueron tenidos en cuenta para la toma de acciones de mejoramiento?	A.SI
<b>REVISIÓN DE DOCUMENTOS</b>	
1. ¿La entidad realiza de manera permanente y continua actividades de valoración documental de acuerdo con la normatividad vigente?	B.NO
<b>MANEJO DE DOCUMENTOS DE CALIDAD</b>	
a. Aprobación de los documentos de calidad	A.SI
b. Revisión y actualización de los documentos de calidad	A.SI
c. Acceso a las últimas versiones de los documentos de calidad	A.SI
d. Control de la distribución de los documentos de origen externo que le aportan al SGC	A.SI
e. Ninguna de las anteriores	A.SI
<b>ANÁLISIS DE DATOS Y TOMA DE DECISIONES</b>	
a. El análisis de datos.	A.SI
b. La toma de decisiones.	A.SI
c. La implementación de acciones para la mejora.	A.SI
<b>REVISIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS</b>	
1. ¿El Plan Anual de Adquisiciones fue modificado y/o actualizado durante el período de evaluación?	A.SI
2. ¿La entidad cuenta con actividades de verificación que le permiten determinar que el (los) producto(s) y/o servicio(s) adquirido(s) cumple(n) las especificaciones del pliego de condiciones u otras especificaciones aplicables?	A.SI
3. Las actividades de verificación en la adquisición de bienes y/o servicios:	a. Siempre permiten detectar cuando un bien y/o servicios cumple con las especificaciones requeridas de antemano

1. ¿La Entidad ha realizado caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés atendidos?

A.SI

2. ¿Cuáles son los canales de atención de la Entidad dirigidos a los usuarios, ciudadanos, usuarios o interesados en los servicios?

- a. Persona natural A.SI
- b. Entidad pública A.SI
- c. Empresa privada A.SI
- d. Organización social/ Instancia de participación ciudadana (veedurías, asociaciones, juntas de acción comunal, etc.) A.SI
- e. Organización no gubernamental A.SI
- f. Otro, ¿Cuál? 0

3. ¿Cuáles son los canales de atención de los ciudadanos o grupos de interés atendidos por la Entidad, según indica en el ítem 2. ¿Cuáles son los canales de atención?

- a. Demográficas A.SI
- b. Geográficas A.SI
- c. De comportamiento A.SI
- d. Necesidades e intereses A.SI
- e. Otro, ¿Cuál? 0
- f. Ninguno A.SI

4. ¿Ha creado la Entidad canales que le permitan obtener la opinión del cliente con respecto a los productos y/o servicios que ésta le ofrece?

A.SI

5. ¿Cuáles son los canales que le permitan obtener la opinión del cliente con respecto a los productos y/o servicios que ésta le ofrece?

- a. Servicios implementados o modificados en la entidad A.SI
- b. Los espacios de participación A.SI
- c. Información disponible en el sitio web A.SI
- d. Disponibilidad de Datos Abiertos A.SI
- e. Información no disponible en sitio web A.SI
- f. Mapa de riesgos de corrupción y medidas para mitigarlo A.SI
- g. Otro, ¿Cuál? 0
- h. Ninguno de los anteriores B.NO

6. ¿La Entidad cuenta con procesos o procedimientos de servicio al ciudadano documentados e implementados (peticiones, quejas, reclamos y denuncias, trámites y servicios)?

A.SI

7. ¿Cuáles son los canales por donde recibe la recepción del cliente o usuario frente al

- a. Productos A.SI
- b. Trámites y procedimientos administrativos de cara al ciudadano A.SI
- c. Trámites y procedimientos administrativos en línea de cara al ciudadano A.SI
- d. Ninguno A.SI

8. ¿Cuál es el canal de atención por el cual se realiza la medición de satisfacción del cliente y la gestión de quejas, reclamos y denuncias?

- a. Definir acciones correctivas dentro del SGC para aumentar la satisfacción cliente A.SI
- b. Destinar recursos necesarios para mejorar la prestación del servicio A.SI
- c. Generar elementos de entrada a los procesos A.SI
- d. No se toma ninguna acción B.NO

9. Indique el nivel de satisfacción reportado por los usuarios frente a la atención, trámites o servicios prestados por la entidad a través de medios electrónicos en el último año:

a. Alto

10. ¿Cuáles son los mecanismos que la entidad pública utiliza para los canales electrónicos (Sitio web)?

- a. Informe de peticiones, quejas reclamos y denuncias (incluyendo tiempos de respuesta) A.SI
- b. Responsable (dependencia o nombre o cargo) de la atención de peticiones, quejas, reclamos y/o denuncias A.SI
- c. Enlace en la página web para la recepción de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias A.SI
- d. Información sobre los mecanismos de presentación directa de solicitudes, quejas y reclamos. A.SI
- e. Ninguna B.NO

11. ¿Cuál es el canal de atención?

12. ¿Cuál es el canal de atención?

- a. Designado un representante para estar al frente de la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad dentro la Entidad A.SI
- b. Revisado la política de calidad A.SI
- c. Revisado los objetivos de calidad A.SI
- d. Determinado y comunicado las responsabilidades y autoridades dentro de la Entidad A.SI
- e. Divulgado la política de calidad dentro de la entidad y a los interesados A.SI

f. Revisado el Sistema de Gestión de la Calidad y su desempeño en el último año	A.SI
g. Establecido la integridad del Sistema de Gestión de la Calidad frente a cambios surgidos en este	A.SI
h. Asegura que se promueva la toma de conciencia de las requisitos del cliente y legales.	A.SI
i. Asegura canales adecuados para la comunicación al interior de la entidad.	A.SI
2. ¿El sistema de gestión de la calidad se aplica a los siguientes aspectos?	
a. Legales	A.SI
b. Del cliente	A.SI
c. Del producto o servicio	A.SI
d. De la entidad	A.SI
3. ¿El sistema de gestión de la calidad se aplica de manera regular en cuanto a los siguientes aspectos?	
a. Entradas	A.SI
b. Procedimientos	A.SI
c. Salidas	A.SI
d. Registros, formatos y demás documentos asociados	A.SI
e. Roles y responsables de la información	A.SI
f. Estado de automatización	B.NO
g. Trámites y servicios asociados a dichos procesos	A.SI
h. Grado en que se han remplazado los documentos en papel por electrónicos	A.SI
i. Elementos tecnológicos que intervienen en el proceso (aplicaciones, servidores, equipos de red, equipos de seguridad de red, etc.) y grado de implantación	A.SI
j. Existencia de herramientas para la gestión documental como Tablas de Retención (y su grado de implementación), Plan de Gestión Documental, Gestión de seguridad de la información	A.SI
k. Ninguno	B.NO
3. Cuántos procesos tiene identificados la entidad?	0
14. ¿La entidad realiza la elección de los procesos, frente a los tipos en:	
a. Infraestructura disponible	A.SI
b. Satisfacción del cliente	A.SI
c. La no conformidad del (los) producto(s) y/o servicio(s)	A.SI
d. Metas Institucionales	A.SI
15. ¿El sistema de gestión de la calidad se aplica a los siguientes aspectos?	
a. La caracterización de los procesos	A.SI
b. Los mapas de riesgos de los procesos	A.SI
c. Los procedimientos establecidos para los procesos	A.SI
d. La matriz de funciones y responsabilidades	A.SI
e. Los requisitos legales del (los) producto(s) y/o servicio(s)	A.SI
f. Los requisitos exigidos por el (los) cliente(s) del (los) producto(s) y/o servicio(s)	A.SI
g. Los requisitos del (los) producto(s) y/o servicio(s)	A.SI
h. Los requisitos de la entidad para (los) producto(s) y/o servicio(s)	A.SI
i. Las acciones definidas para detectar el (los) producto(s) y/o servicio(s) no conformes	A.SI
16. ¿Cómo se maneja el riesgo asociado a los procesos (frente a cambios en)?	
a. Los procesos	A.SI
b. Los mapas de riesgos de los procesos	A.SI
c. Los procedimientos establecidos para los procesos	A.SI
d. Las funciones y responsabilidades frente al Sistema de Gestión de la Calidad	A.SI
e. El alcance del Sistema de Gestión de la Calidad?	B.NO
f. Los requisitos legales del (los) producto(s) y/o servicio(s)	A.SI
g. Los requisitos exigidos por el (los) cliente(s) del (los) producto(s) y/o servicio(s)	A.SI
h. Los requisitos del (los) producto(s) y/o servicio(s)	A.SI
i. Los requisitos de la entidad para (los) producto(s) y/o servicio(s)	A.SI
j. Los criterios para la aceptación de (los) producto(s) y/o servicio(s)	A.SI
k. Las acciones definidas para detectar el (los) producto(s) y/o servicio(s) no conformes	A.SI
l. No se presentó ningún cambio	A.SI
17. ¿Durante el último periodo se actualizó el Manual de Calidad en relación con los siguientes cambios efectuados en:	
a. Los procesos	A.SI
b. Los mapas de riesgos de los procesos	A.SI

c. Los procedimientos establecidos para los procesos	A. SI
d. Las funciones y responsabilidades frente al Sistema de Gestión de la Calidad	A. SI
f. Los requisitos legales del (los) producto(s) y/o servicio(s)	A. SI
g. Los requisitos exigidos por el (los) cliente(s) del (los) producto(s) y/o servicio(s)	A. SI
h. Los requisitos del (los) producto(s) y/o servicio(s)	A. SI
i. Los requisitos de la entidad para (los) producto(s) y/o servicio(s)	A. SI
j. Los criterios para la aceptación de (los) producto(s) y/o servicio(s)	A. SI
k. Las acciones definidas para detectar el (los) producto(s) y/o servicio(s) no conformes	A. SI
¿Qué acciones se toman para controlar el riesgo?	
a. Subestimación o sobreestimación de la probabilidad de la ocurrencia de la falla	A. SI
b. No contemplar todas las posibles consecuencias de la ocurrencia de la falla	A. SI
c. No dimensionar adecuadamente el impacto de la falla	A. SI
d. Falta de efectividad de los controles para minimizar el riesgo	A. SI
¿Qué acciones se toman para controlar el riesgo?	
¿El (los) producto(s) y/o servicio(s) no (cumplir/ cumplir) control de requisitos establecidos en los requisitos exigidos por:	
a. La ley	A. SI
b. El cliente	B. NO
c. La Entidad	A. SI
d. El Sistema de Gestión de la Calidad -SGC-	A. SI
e. No se validan	B. NO
¿El (los) producto(s) y/o servicio(s) no (cumplir/ cumplir) control de requisitos establecidos en los requisitos exigidos por:	
a. La ley	A. SI
b. El cliente	A. SI
c. La Entidad	A. SI
d. El Sistema de Gestión de la Calidad -SGC-	A. SI
e. No se validan	A. SI
3. ¿La entidad ha determinado acciones para la detección del (los) producto(s) y/o servicio(s) no conforme(s)?	A. SI
¿Qué acciones se toman para controlar el riesgo?	
a. Controla su entrega y/o uso	A. SI
b. Corrige	A. SI
c. Revalida el producto y/o servicio corregido frente a los requisitos	A. SI
5. ¿Qué tan a menudo la entidad aplica las acciones de detección de productos y/o servicios no conformes?	a. Continualmente
6. ¿Qué tan a menudo la entidad controla la entrega o uso de productos y/o servicios no conformes?	a. Continualmente
7. ¿Qué tan a menudo la entidad corrige los productos y/o servicios no conformes?	a. Continualmente
8. ¿Qué tan a menudo la entidad revalida los productos y/o servicios corregidos para verificar que cumplen los requisitos?	b. Casi siempre
¿Qué acciones se toman para controlar el riesgo?	
a. Verificación	A. SI
b. Seguimiento	A. SI
c. Inspección	A. SI
d. Ensayo/prueba	A. SI
e. No ha adelantado actividades	A. SI
10. La implementación de la(s) actividad(es) escogida(s) en la pregunta 9 ¿ha(n) disminuido el (los) hallazgo(s) de productos y/o servicios no conformes?	b. En gran medida
La implementación de la(s) actividad(es) escogida(s) en la pregunta 9 ¿ha(n) aumentado la efectividad en la producción de productos y/o prestación de servicios?	b. En gran medida
A través de los mecanismos de evaluación de la satisfacción al usuario aplicados, el cliente ha manifestado haber recibido producto(s) o servicio(s) no conforme(s)?	A. SI
Indique el nivel de satisfacción reportado por los usuarios frente a la atención, trámites o servicios prestados por la entidad a través de medios electrónicos en el último año	a. Alto

<p>1. De cara al proceso de actualización del MECI y de acuerdo a lo establecido en el Decreto 943 de mayo 21 de 2014, su entidad fue creada:</p>		c. Más de un año antes de la expedición del Decreto
<p>2. Indique el tiempo utilizado por su entidad para desarrollar el proceso de actualización del MECI</p>		b. Entre 5 y 7 meses
<p>3. Determine el % de avance en la actualización:</p>		e. Entre 81%-100%
<p>4. Para el punto 3, indique el número de instrumentos administrativos en el Decreto 943, sobre los temas:</p>		
a. Fase I- Conocimiento		A.SI
b. Fase II- Diagnóstico		A.SI
c. Fase III- Planeación para la actualización		A.SI
d. Fase IV- Ejecución y Seguimiento		A.SI
e. Fase V- Cierre		A.SI
<p>5. Para el punto 7, indique qué tipo de capacitaciones o talleres fueron utilizados para proporcionar temas relacionados con los temas de la actualización:</p>		
a.Capacitación interna (con funcionarios que conocen el tema)		A.SI
b.Capacitación contratada con un tercero (consultor)		B.NO
c.Capacitación del Departamento Administrativo de la Función Pública		B.NO
d.No se realizó capacitación		A.SI
<p>6. Para el punto 7, indique qué tipo de documentos fueron consultados para obtener el aspecto técnico de los temas de:</p>		
a.Documentos de libre consulta en internet		A.SI
b.Documentos suministrados por un externo (consultor)		B.NO
c.Manual Técnico MECI emitido por el DAFP		A.SI
d.No se consultó ningún documento		B.NO
<p>7. De las capacitaciones realizadas determine si se dirigió a funcionarios de:</p>		e. Todos los procesos (incluyendo a la Alta Dirección)
<p>8. La Alta Dirección determinó las responsabilidades necesarias para llevar a cabo el proceso de actualización?</p>		A.SI
<p>9. De los siguientes funcionarios o roles, quién lideró el proceso de actualización en su entidad:</p>		a. El Jefe de Control Interno
<p>10. Para el punto 11, indique qué tipo de actividades se utilizaron para realizar la actualización de los temas del MECI:</p>		
a. Encuesta a los funcionarios responsables o que participan en los procesos		A.SI
b. Mesas de trabajo donde se analizaron todos los procesos		A.SI
c. Se utilizó el Anexo 4 del Manual Técnico MECI		A.SI
d. Se contrató a un consultor quien realizó el proceso de autoevaluación		B.NO
<p>11. De acuerdo al análisis realizado mediante el Anexo 4 del Manual Técnico MECI 2014, cuántos de los trece (13) elementos establecidos en el actual modelo requirieron ser intervenidos:</p>		a. Entre 1 y 6 elementos
<p>12. Para la Fase III- Planeación en la actualización y de acuerdo al diagnóstico realizado, determine cuáles de los siguientes elementos fueron intervenidos:</p>		
a. Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos		B.NO
b. Desarrollo del Talento Humano		A.SI
c. Planes, Programas y Proyectos		B.NO
d. Modelo de Operación por Procesos		A.SI
e. Estructura Organizacional		B.NO
f. Indicadores de Gestión		B.NO
g. Políticas de Operación		B.NO
h. Administración de Riesgos		B.NO
i. Autoevaluación Institucional		B.NO
j. Auditoría Interna		B.NO
k. Plan de Mejoramiento		B.NO
l. Información y Comunicación Externa		B.NO
m. Información y Comunicación Interna		A.SI
n. Sistemas de Información y Comunicación		A.SI
<p>13. Para el punto 11, indique cuáles de los siguientes elementos requirieron el mayor número de intervenciones, indique con cuántas intervenciones:</p>		
a. Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos		A.SI
b. Desarrollo del Talento Humano		B.NO

c. Planes, Programas y Proyectos	A.SI
d. Modelo de Operación por Procesos	B.NO
e. Estructura Organizacional	A.SI
f. Indicadores de Gestión	A.SI
g. Políticas de Operación	A.SI
h. Administración de Riesgos	A.SI
i. Autoevaluación Institucional	A.SI
j. Auditoría Interna	A.SI
k. Plan de Mejoramiento	A.SI
l. Información y Comunicación Externa	A.SI
m. Información y Comunicación Interna	A.SI
n. Sistemas de Información y Comunicación	B.NO
14. ¿Cuál de los siguientes aspectos se incluyó en el plan de actividades programadas para implementar las actividades propuestas?	
a. El Jefe de Control Interno	A.SI
b. El Jefe de Planeación	A.SI
c. Se contrató a un consultor para que realizara las actividades programadas	B.NO
d. Líder del proceso responsable	A.SI
e. Miembros equipo MECI (u otro equipo operativo)	A.SI
15. De las actividades listadas para poder intervenir los procesos, procedimientos u otros aspectos del modelo fue necesario incluir tiempos adicionales a los establecidos en el Decreto 943/14, con el fin de dar cumplimiento a las actividades propuestas?	A.SI
16. ¿Cuál de los siguientes aspectos se incluyó en el plan de actividades programadas para implementar las actividades propuestas?	
a. Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	B.NO
b. Desarrollo del Talento Humano	A.SI
c. Planes, Programas y Proyectos	B.NO
d. Modelo de Operación por Procesos	A.SI
e. Estructura Organizacional	B.NO
f. Indicadores de Gestión	B.NO
g. Políticas de Operación	A.SI
h. Administración de Riesgos	A.SI
i. Autoevaluación Institucional	A.SI
j. Auditoría Interna	A.SI
k. Plan de Mejoramiento	A.SI
l. Información y Comunicación Externa	B.NO
m. Información y Comunicación Interna	B.NO
n. Sistemas de Información y Comunicación	A.SI
17. Para la Fase IV- Seguimiento y Evaluación frente a la fase III Planeación de la actualización, el cumplimiento fue:	d. Entre 61%-80%
19. Para la Fase V-Cierre se realizó una comparación para establecer un resultado final entre lo planeado y lo ejecutado en el proceso de actualización?	A.SI
20. ¿Cuál fue el resultado final encontrado?	d. Cumplimiento Entre 61%-80%
21. ¿Cuál de los siguientes canales de comunicación se fue utilizado u se hizo planeado durante el proceso de implementación de las actividades propuestas?	
a. Carteleras internas	A.SI
b. Correo electrónico institucional	A.SI
c. Proceso de Re-inducción	A.SI
d. Folletos u otros medios físicos de comunicación	B.NO
e. No se ha establecido ningún mecanismo o estrategia	B.NO

220215759 - E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO  
 GENERAL C.I.C.  
 01-01-2014 al 31-12-2014  
 CONTROL INTERNO CONTABLE  
 CGN2007 CONTROL INTERNO CONTABLE

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACIÓN ACTIVIDAD(Unidad)	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR ACTIVIDAD(Unidad)	CALIFICACIÓN POR ETAPA(Unidad)	CALIFICACIÓN DEL SISTEMA(Unidad)
1	.....EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE	0		0	0	4.88
1.1	.....1.1 ETAPA DE RECONOCIMIENTO	0		0	4.90	0
1.2	.....1.1.1 IDENTIFICACIÓN	0		5.00	0	0
1.3	.....1.1.1.1 SE TIENEN DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS LOS PRODUCTOS DEL PROCESO CONTABLE QUE DEBEN SUMINISTRARSE A LAS DEMÁS ÁREAS DE LA ENTIDAD Y A LOS USUARIOS EXTERNOS?	5	Se cuenta con procedimientos contables debitadamente aprobados y socializados	0	0	0
1.4	.....2. SE TIENEN DEBIDAMENTE IDENTIFICADOS LOS PRODUCTOS DE LOS DEMÁS PROCESOS QUE SE CONSTITUYEN EN INSUMOS DEL PROCESO CONTABLE?	5	SI	0	0	0
1.5	.....3. SE TIENEN IDENTIFICADOS EN LA ENTIDAD LOS PROCESOS QUE GENERAN TRANSACCIONES, HECHOS Y OPERACIONES Y QUE POR LO TANTO SE CONSTITUYEN EN PROVEEDORES DE INFORMACIÓN DEL PROCESO CONTABLE?	5	SI	0	0	0
1.6	.....4. EXISTE UNA POLÍTICA MEDIANTE LA CUAL LAS TRANSACCIONES, HECHOS Y OPERACIONES REALIZADOS EN CUALQUIER DEPENDENCIA DEL ENTE PÚBLICO, SON DEBIDAMENTE INFORMADOS AL ÁREA CONTABLE A TRAVÉS DE LOS DOCUMENTOS FUENTE O SOPORTE?	5	SI	0	0	0
1.7	.....5. SE CUMPLE LA POLÍTICA MEDIANTE LA CUAL LAS TRANSACCIONES, HECHOS Y OPERACIONES REALIZADOS EN CUALQUIER DEPENDENCIA DEL ENTE PÚBLICO, SON DEBIDAMENTE INFORMADOS AL ÁREA CONTABLE A TRAVÉS DE LOS DOCUMENTOS FUENTE O SOPORTE?	5	SI	0	0	0
1.8	.....6. LOS HECHOS FINANCIEROS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES REALIZADOS POR LA ENTIDAD CONTABLE PÚBLICA SON DE FÁCIL Y CONFIABLE MEDICIÓN MONETARIA?	5	SI	0	0	0

220215759 - E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO  
 GENERAL C.I.C.  
 01-01-2014 al 31-12-2014  
 CONTROL INTERNO CONTABLE  
 CGN2007 CONTROL INTERNO CONTABLE

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACIÓN ACTIVIDAD(Unidad)	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR ACTIVIDAD(Unidad)	CALIFICACIÓN POR ETAPA(Unidad)	CALIFICACIÓN DEL SISTEMA(Unidad)
1.9	.....7. LAS CIFRAS EXISTENTES EN LOS ESTADOS, INFORMES Y REPORTES CONTABLES SE ENCUENTRAN SOPORTADAS CON EL DOCUMENTO IDONEO CORRESPONDIENTE?	5 SI		0	0	0
1.10	.....8. SON ADECUADAS Y COMPLETAS LAS DESCRIPCIONES QUE SE HACEN DE LAS TRANSACCIONES, HECHOS U OPERACIONES EN EL DOCUMENTO FUENTE O SOPORTE?	5 SI		0	0	0
1.11	.....9. LAS PERSONAS QUE EJECUTAN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO CONTABLE CONOCEN SUFICIENTEMENTE LAS NORMAS QUE RIGEN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA?	5 SI		0	0	0
1.12	.....10. LAS PERSONAS QUE EJECUTAN LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO CONTABLE CONOCEN SUFICIENTEMENTE EL RÉGIMEN DE CONTABILIDAD PÚBLICA APLICABLE PARA LA ENTIDAD?	5 SI		0	0	0
1.13	.....11. LOS HECHOS FINANCIEROS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES QUE HAN SIDO OBJETO DE IDENTIFICACIÓN ESTÁN SOPORTADOS EN DOCUMENTOS IDONEOS Y DE CONFORMIDAD CON LA NATURALEZA DE LOS MISMOS?	5 SI		0	0	0
1.14	.....12. LOS DOCUMENTOS FUENTE QUE RESPALDAN LOS HECHOS FINANCIEROS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES CONTIENEN LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA REALIZAR SU ADECUADA IDENTIFICACIÓN?	5 SI		0	0	0
1.15	.....13. LOS HECHOS FINANCIEROS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES QUE HAN SIDO OBJETO DE IDENTIFICACIÓN FUERON INTERPRETADOS DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL RÉGIMEN DE CONTABILIDAD PÚBLICA?	5 SI		0	0	0
1.16	.....1.1.2. CLASIFICACIÓN	0		4,87	0	0

220215759 - E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO  
 GENERAL C.I.C.  
 01-01-2014 al 31-12-2014  
 CONTROL INTERNO CONTABLE  
 CGN2007 CONTROL INTERNO CONTABLE

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACIÓN ACTIVIDAD(Unidad)	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR ACTIVIDAD(Unidad)	CALIFICACIÓN POR ETAPA(Unidad)	CALIFICACIÓN DEL SISTEMA(Unidad)
1.17	.....14. LOS HECHOS FINANCIEROS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES LLEVADOS A CABO EN LOS PROCESOS PROVEEDORES DE LA ENTIDAD HAN SIDO INCLUIDOS EN EL PROCESO CONTABLE?	5 SI		0	0	0
1.18	.....15. LOS HECHOS FINANCIEROS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES REALIZADOS POR LA ENTIDAD CONTABLE PÚBLICA SON DE FÁCIL Y CONFIABLE CLASIFICACIÓN EN EL CATÁLOGO GENERAL DE CUENTAS?	5 SI		0	0	0
1.19	.....16. SON ADECUADAS LAS CUENTAS UTILIZADAS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LAS TRANSACCIONES, HECHOS U OPERACIONES REALIZADAS POR LA ENTIDAD CONTABLE PÚBLICA?	5 SI		0	0	0
1.20	.....17. LA CLASIFICACIÓN DE LAS TRANSACCIONES, HECHOS Y OPERACIONES CORRESPONDE A UNA CORRECTA INTERPRETACIÓN TANTO DEL MARCO CONCEPTUAL COMO DEL MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL RÉGIMEN DE CONTABILIDAD PÚBLICA?	5 SI		0	0	0
1.21	.....18. EL EL CATÁLOGO GENERAL DE CUENTAS UTILIZADO PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS HECHOS FINANCIEROS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES, CORRESPONDE A LA ÚLTIMA VERSIÓN PUBLICADA EN LA PÁGINA WEB DE LA CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN?	5 SI		0	0	0
1.22	.....19. SON ADECUADAS LAS CUENTAS Y SUBCUENTAS UTILIZADAS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LAS TRANSACCIONES, HECHOS U OPERACIONES REALIZADAS ?	5 SI		0	0	0
1.23	.....20. SE ELABORAN Y REVISAN OPORTUNAMENTE LAS CONCILIACIONES BANCARIAS PARA ESTABLECER LOS VALORES OBJETO DE CLASIFICACIÓN, REGISTRO Y CONTROL DEL EFECTIVO?	5 SI		0	0	0
1.24	.....21. SE EJECUTAN PERIÓDICAMENTE CONCILIACIONES DE SALDOS RECÍPROCOS CON OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS?	4 NO		0	0	0

220215759 - E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO  
 GENERAL C.I.C.  
 01-01-2014 al 31-12-2014  
 CONTROL INTERNO CONTABLE  
 CGN2007 CONTROL INTERNO CONTABLE

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACIÓN ACTIVIDAD(Unidad d)	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR ACTIVIDAD(Unidad)	CALIFICACIÓN POR ETAPA(Unidad)	CALIFICACIÓN DEL SISTEMA(Unidad)
1.34	.....30. SON ADECUADAMENTE CALCULADOS LOS VALORES CORRESPONDIENTES A LOS PROCESOS DE DEPRECIACIÓN, PROVISIÓN, AMORTIZACIÓN, VALORIZACIÓN, Y AGOTAMIENTO, SEGUN APLIQUE?	5 SI		0	0	0
1.35	.....31. LOS REGISTROS CONTABLES QUE SE REALIZAN TIENEN LOS RESPECTIVOS DOCUMENTOS SOPORTES IDONEOS?	5 SI		0	0	0
1.36	.....32. PARA EL REGISTRO DE LAS TRANSACCIONES, HECHOS U OPERACIONES SE ELABORAN LOS RESPECTIVOS COMPROBANTES DE CONTABILIDAD?	5 SI		0	0	0
1.37	.....33. LOS LIBROS DE CONTABILIDAD SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE SOPORTADOS EN COMPROBANTES DE CONTABILIDAD?	5 SI		0	0	0
1.39	.....1.2 ETAPA DE REVELACIÓN	0		0	5.00	0
1.40	.....1.2.1 ELABORACIÓN DE ESTADOS CONTABLES Y DEMÁS INFORMES	0		5.00	0	0
1.41	.....34. SE ELABORAN Y DILIGENCIAN LOS LIBROS DE CONTABILIDAD DE CONFORMIDAD CON LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS EN EL RÉGIMEN DE CONTABILIDAD PÚBLICA?	5 SI		0	0	0
1.42	.....35. LAS CIFRAS CONTENIDAS EN LOS ESTADOS, INFORMES Y REPORTES CONTABLES COINCIDEN CON LOS SALDOS DE LOS LIBROS DE CONTABILIDAD?	5 SI		0	0	0
1.43	.....36. SE EFECTÚA EL MANTENIMIENTO, ACTUALIZACIÓN Y PARAMETRIZACIÓN NECESARIOS PARA UN ADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL APLICATIVO UTILIZADO PARA PROCESAR LA INFORMACIÓN?	5 SI		0	0	0
1.44	.....37. SE ELABORAN OPORTUNAMENTE LOS ESTADOS, INFORMES Y REPORTES CONTABLES AL REPRESENTANTE LEGAL, A LA CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, A LOS ORGANISMOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL, Y A LOS DEMÁS USUARIOS DE LA INFORMACIÓN?	5 SI		0	0	0

220215759 - E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO  
 GENERAL C.I.C.  
 01-01-2014 al 31-12-2014  
 CONTROL INTERNO CONTABLE  
 CGN2007 CONTROL INTERNO CONTABLE

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACIÓN ACTIVIDAD(Unidad)	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR ACTIVIDAD(Unidad)	CALIFICACIÓN POR ETAPA(Unidad)	CALIFICACIÓN DEL SISTEMA(Unidad)
1.45	.....38. LAS NOTAS EXPLICATIVAS A LOS ESTADOS CONTABLES CUMPLEN CON LAS FORMALIDADES ESTABLECIDAS EN EL RÉGIMEN DE CONTABILIDAD PÚBLICA?	5 SI		0	0	0
1.46	.....39. EL CONTENIDO DE LAS NOTAS A LOS ESTADOS CONTABLES REVELA EN FORMA SUFICIENTE LA INFORMACIÓN DE TIPO CUALITATIVO Y CUANTITATIVO FÍSICO QUE CORRESPONDE?	5 SI		0	0	0
1.47	.....40. SE VERIFICA LA CONSISTENCIA ENTRE LAS NOTAS A LOS ESTADOS CONTABLES Y LOS SALDOS REVELADOS EN LOS ESTADOS CONTABLES?	5 SI		0	0	0
1.48	.....1.2.2 ANÁLISIS. INTERPRETACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	0 SI		5.00	0	0
1.49	.....41. SE PRESENTAN OPORTUNAMENTE LOS ESTADOS, INFORMES Y REPORTES CONTABLES AL REPRESENTANTE LEGAL, A LA CONTADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN, Y A LOS ORGANISMOS DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL?	5 SI		0	0	0
1.50	.....42. SE PUBLICA MENSUALMENTE EN LUGAR VISIBLE Y DE FÁCIL ACCESO A LA COMUNIDAD EL BALANCE GENERAL Y EL ESTADO DE ACTIVIDAD FINANCIERA, ECONÓMICA, SOCIAL Y AMBIENTAL?	5 SI		0	0	0
1.51	.....43. SE UTILIZA UN SISTEMA DE INDICADORES PARA ANALIZAR E INTERPRETAR LA REALIDAD FINANCIERA, ECONÓMICA, SOCIAL Y AMBIENTAL DE LA ENTIDAD?	5 SI		0	0	0
1.52	.....44. LA INFORMACIÓN CONTABLE SE ACOMPAÑA DE LOS RESPECTIVOS ANÁLISIS E INTERPRETACIONES QUE FACILITAN SU ADECUADA COMPRENSIÓN POR PARTE DE LOS USUARIOS?	5 SI		0	0	0
1.53	.....45. LA INFORMACIÓN CONTABLE ES UTILIZADA PARA CUMPLIR PROPÓSITOS DE GESTIÓN?	5 SI		0	0	0

220215759 - E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO  
 GENERAL C.I.C.  
 01-01-2014 al 31-12-2014  
 CONTROL INTERNO CONTABLE  
 CGN2007 CONTROL INTERNO CONTABLE

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACIÓN			OBSERVACIONES	PROMEDIO POR ACTIVIDAD(Unidad)	CALIFICACIÓN POR ETAPA(Unidad)	CALIFICACIÓN DEL SISTEMA(Unidad)
		ACTIVIDAD(Unidad)	ACTIVIDAD	ACTIVIDAD				
1.54	.....46. SE ASEGURA LA ENTIDAD DE PRESENTAR CIFRAS HOMOGENEAS A LOS DISTINTOS USUARIOS DE LA INFORMACIÓN?	5	SI		0	0	0	0
1.55	.....1.3 OTROS ELEMENTOS DE CONTROL	0			0	4,75	0	0
1.56	.....1.3.1 ACCIONES IMPLEMENTADAS	0			4,75	0	0	0
1.57	.....47. SE IDENTIFICAN, ANALIZAN Y SE LE DA TRATAMIENTO ADECUADO A LOS RIESGOS DE ÍNDOLE CONTABLE DE LA ENTIDAD EN FORMA PERMANENTE?	4	Falta realizar seguimiento a los riesgos identificados		0	0	0	0
1.58	.....48. EXISTE Y FUNCIONA UNA INSTANCIA ASESORA QUE PERMITA GESTIONAR LOS RIESGOS DE ÍNDOLE CONTABLE?	5	SI		0	0	0	0
1.59	.....49. SE REALIZAN AUTOEVALUACIONES PERIÓDICAS PARA DETERMINAR LA EFECTIVIDAD DE LOS CONTROLES IMPLEMENTADOS EN CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO CONTABLE?	5	SI		0	0	0	0
1.60	.....50. SE HAN ESTABLECIDO CLARAMENTE NIVELES DE AUTORIDAD Y RESPONSABILIDAD PARA LA EJECUCIÓN DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DEL PROCESO CONTABLE?	5	SI		0	0	0	0
1.61	.....51. LAS POLÍTICAS CONTABLES, PROCEDIMIENTOS Y DEMÁS PRÁCTICAS QUE SE APLICAN INTERNAMENTE SE ENCUESTRAN DEBIDAMENTE DOCUMENTADAS?	5	SI		0	0	0	0
1.62	.....52. LOS MANUALES DE POLÍTICAS, PROCEDIMIENTOS Y DEMÁS PRÁCTICAS CONTABLES SE ENCUESTRAN DEB	5	SI		0	0	0	0
1.63	.....53. SE EVIDENCIA POR MEDIO DE FLUJOGRAMAS, U OTRA TÉCNICA O MECANISMO, LA FORMA COMO CIRCULA LA INFORMACIÓN A TRAVÉS DE LA ENTIDAD Y SU RESPECTIVO EFECTO EN EL PROCESO CONTABLE DE LA ENTIDAD?	5	SI		0	0	0	0
1.64	.....54. SE HA IMPLEMENTADO Y EJECUTA UNA POLÍTICA DE DEPURACIÓN CONTABLE PERMANENTE Y DE SOSTENIBILIDAD DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN?	5	SI		0	0	0	0

220215759 - E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO  
 GENERAL C.I.C.  
 01-01-2014 al 31-12-2014  
 CONTROL INTERNO CONTABLE  
 CGN2007 CONTROL INTERNO CONTABLE

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACIÓN ACTIVIDAD(Unidad)	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR ACTIVIDAD(Unidad)	CALIFICACIÓN POR ETAPA(Unidad)	CALIFICACIÓN DEL SISTEMA(Unidad)
1.65	.....55. LOS BIENES, DERECHOS Y OBLIGACIONES SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE INDIVIDUALIZADOS EN LA CONTABILIDAD, BIEN SEA POR EL ÁREA CONTABLE O EN BASES DE DATOS ADMINISTRADAS POR OTRAS DEPENDENCIAS?	3	Se encuentra en proceso de depuración	0	0	0
1.66	.....56. LOS COSTOS HISTÓRICOS REGISTRADOS EN LA CONTABILIDAD SON ACTUALIZADOS PERMANENTEMENTE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL RÉGIMEN DE CONTABILIDAD PÚBLICA?	4	Se realizó avalúo técnico del rubro de edificaciones en el año 2013	0	0	0
1.67	.....57 SE CUENTA CON UN ÁREA CONTABLE DEBIDAMENTE ESTRUCTURADA DE CONFORMIDAD CON LA COMPLEJIDAD, DESARROLLO TECNOLÓGICO Y ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA ENTIDAD?	5	SI	0	0	0
1.68	.....58. LOS FUNCIONARIOS INVOLUCRADOS EN EL PROCESO CONTABLE CUMPLEN CON LOS REQUERIMIENTOS TÉCNICOS SEÑALADOS POR LA ENTIDAD DE ACUERDO CON LA RESPONSABILIDAD QUE DEMANDA EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN CONTABLE EN EL SECTOR PÚBLICO?	5	SI	0	0	0
1.69	.....59. SE HA IMPLEMENTADO UNA POLÍTICA O MECANISMO DE ACTUALIZACIÓN PERMANENTE PARA LOS FUNCIONARIOS INVOLUCRADOS EN EL PROCESO CONTABLE Y SE LLEVA A CABO EN FORMA SATISFACTORIA?	5	SI	0	0	0
1.70	.....60. SE PRODUCEN EN LA ENTIDAD INFORMES DE EMPALME CUANDO SE PRESENTAN CAMBIOS DE REPRESENTANTE LEGAL, O CAMBIOS DE CONTADOR?	5	SI	0	0	0
1.71	.....61. EXISTE UNA POLÍTICA PARA LLEVAR A CABO EN FORMA ADECUADA EL CIERRE INTEGRAL DE LA INFORMACIÓN PRODUCIDA EN TODAS LAS ÁREAS O DEPENDENCIAS QUE GENERAN HECHOS FINANCIEROS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y AMBIENTALES?	5	SI	0	0	0

220215759 - E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO  
 GENERAL C.I.C.  
 01-01-2014 al 31-12-2014  
 CONTROL INTERNO CONTABLE  
 CGN2007 CONTROL INTERNO CONTABLE

CODIGO	NOMBRE	CALIFICACIÓN ACTIVIDAD(Unidad d)	OBSERVACIONES	PROMEDIO POR ACTIVIDAD(Unidad)	CALIFICACIÓN POR ETAPA(Unidad)	CALIFICACIÓN DEL SISTEMA(Unidad)
1.72	.....62 LOS SOPORTES DOCUMENTALES DE LOS REGISTROS CONTABLES SE ENCUENTRAN DEBIDAMENTE ORGANIZADOS Y ARCHIVADOS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS QUE REGULAN LA MATERIA?	5	SI	0	0	0
2.1	FORTALEZAS		Se cuenta con procesos y procedimientos debidamente aprobados, se cuenta cuenta con políticas institucionales.	0	0	0
2.2	DEBILIDADES	0	Falta de conciliación de saldos de cartera, la Terminación de	0	0	0
2.3	AVANCE OBTENIDOS RESPECTO DE LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES REALIZADAS	0	procedimientos de gestion de cobro que	0	0	0
2.4	RECOMENDACIONES	0	Fortalecimiento a cada una de las areas	0	0	0