

**Diagnóstico para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno de  
la EICE Terminal de Transportes de Fusagasugá y para la implementación de  
la NTC GP 1000:2009.**

**AYDE AGUILAR RONDON  
CÓD: 114211242  
J KARIN YOHANDRYTH PINILLA AVILES  
CÓD: 114211271**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONOMICAS Y CONTABLES  
CONTADURIA PÚBLICA  
FUSAGASUGÁ  
2016**

**Diagnóstico para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno de la EICE Terminal de Transportes de Fusagasugá y para la implementación de la NTC GP 1000:2009.**

**AYDE AGUILAR RONDON  
CÓD: 114211242  
J KARIN YOHANDRYTH PINILLA AVILES  
CÓD: 114211271**

**MONOGRAFIA**

**Asesor de trabajo  
Carlos Eduardo Mogollón Fonseca.**

**Trabajo de grado para obtener el título de profesional en  
Contaduría Pública**

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONOMICAS Y CONTABLES  
CONTADURIA PÚBLICA  
FUSAGASUGÁ  
2016**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

**Presidente del Jurado**

**Jurado**

---

**Jurado**

---

Fusagasugá, 13 de Mayo de 2016.

## **DEDICATORIA**

En primer lugar darle gracias al creador, a Dios, por darnos la sabiduría necesaria para emprender esta carrera y encaminarnos día tras día con el fin de cumplir nuestros propósitos y metas, por habernos permitido llegar hasta este punto y habernos dado salud, perseverancia y amor, en segundo lugar a nuestras familias, por ser apoyo en todo momento, por ser el motor principal de nuestras vidas, por su paciencia y motivación en el logro de nuestros objetivos y sobre todo por su amor y ejemplo para ser personas de bien y desempeñar un ejemplo positivo en la sociedad, a nuestros amigos y demás personas que creyeron en nosotras, y en nuestras capacidades, a nuestros docentes que aportaron a nuestro crecimiento personal y profesional personas que fueron indispensables en nuestro camino; finalmente a nuestro asesor el Docente Carlos Mogollón, por su dedicación y esfuerzo, porque nos brindó sus capacidades y conocimiento para llevar a cabo la realización este proyecto.

Agradecemos a la Terminal de Transportes de Fusagasugá por abrirnos sus puertas y por permitirnos acceder a su información y poder realizar este trabajo de investigación el cual esperamos redunde en beneficio para el mejoramiento del desarrollo organizacional.

**AYDE AGUILAR RONDON**

**J KARIN YOHANDRYTH PINILLA AVILES**

## CONTENIDO

1. TITULO.....	10
2. AREA Y LINEA DE INVESTIGACION.....	11
3. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	12
3.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
4. OBJETIVOS.....	13
5. JUSTIFICACIÓN.....	14
6. MARCO REFERENCIA.....	15
6.1 MARCO TEORICO.....	15
6.2 MARCO CONCEPTUAL.....	16
6.2.1 Sistema de Control Interno.....	16
6.2.2 Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014.....	17
6.2.3 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009...24	
6.2.4 Compatibilidad con el Sistema de Control Interno y de Desarrollo Administrativo (NTCGP 1000:2009).....	25
6.3 MARCO GEOGRAFICO.....	25
6.4 MARCO HISTORICO.....	26
6.5 MARCO INSTITUCIONAL.....	29
6.5.1 Misión.....	29
6.5.2 Visión.....	29
6.5.3 Política de Calidad.....	30
6.5.4 Objetivos de Calidad.....	30
6.5.5 Estructura Organizacional.....	30
6.6 MARCO LEGAL.....	31
7. DISEÑO METODOLOGICO.....	33
7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	33
7.2 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.....	33
7.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	33

7.4 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	34
8. MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO DE LA TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA .....	35
8.1 ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 2014 .....	35
8.1.1 Estado del Modelo MECI 2014 por Módulos .....	55
8.1.2 Estado del Modelo MECI 2014 por Componentes .....	56
8.1.3 Estado del Modelo MECI 2014 por Elementos .....	57
8.2 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO MECI 2014 .....	58
8.2.1 Módulo de Control de Planeación y Gestión .....	61
8.2.1.1 Componente Talento Humano .....	61
8.2.1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos. ....	61
8.2.1.1.2 Desarrollo del Talento Humano .....	61
8.2.1.2 Componente Direccionamiento Estratégico .....	62
8.2.1.2.1 Planes, Programas y Proyectos. ....	62
8.2.1.2.2 Modelo de Operación por Procesos .....	63
8.2.1.2.3 Estructura Organizacional .....	63
8.2.1.2.4 Indicadores de Gestión.....	64
8.2.1.2.5 Políticas de Operación .....	64
8.2.1.3 Componente Administración del Riesgo.....	65
8.2.1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo.....	65
8.2.1.3.2 Identificación del Riesgo.....	65
8.2.1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo.....	65
8.2.2 Módulo de Evaluación y Seguimiento .....	66
8.2.2.1 Componente Autoevaluación Institucional.....	66
8.2.2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión.....	66
8.2.2.2 Componente Auditoría Interna .....	67
8.2.2.2.1 Auditoría Interna .....	67
8.2.2.3 Componente Planes de Mejoramiento .....	67

8.2.2.3.1 Plan de Mejoramiento.....	67
8.2.3 Eje Transversal: Información y Comunicación .....	68
8.2.3.1 Información y Comunicación Externa .....	68
8.2.3.2 Información y Comunicación Interna .....	69
8.2.3.3 Sistemas de Información y Comunicación.....	69
8.3 PERCEPCIÓN Y APROPIACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 2014.....	70
8.4 SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD.....	74
8.4.1 Revisión de los requisitos de la norma NTCGP1000:2009. ....	74
9 RECURSOS REQUERIDOS .....	86
9.1 PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN .....	86
10 IMPACTO SOCIAL, ECONOMICO, CULTURAL, AMBIENTAL DEL PROYECTO.....	87
10.1 IMPACTO SOCIAL.....	87
10.2 IMPACTO ECONOMICO .....	87
10.3 IMPACTO CULTURAL.....	87
11 PROPUESTA .....	89
11.1 MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI .....	89
11.1.1 Fase 1. Conocimiento.....	89
11.1.2 Fase 2. Diagnostico.....	92
11.1.3 Fase 3. Planeación de la actualización .....	92
11.1.3.1 Inducción y Reinducción.....	98
11.1.3.2 Inducción y Reinducción.....	100
11.1.3.3 Cronograma .....	100
11.1.3.4 Autoevaluación a Procesos .....	101
11.1.3.5 Autoevaluación del Control.....	102
11.1.3.6 Sugerencias y Solicitudes Funcionarios .....	110
11.1.3.7 Backup .....	111
11.1.4 Fase 4. Ejecución y seguimiento .....	112
11.1.5 Fase 5. Cierre.....	112

11.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD .....	113
12 CONCLUSIONES.....	115
13 RECOMENDACIONES .....	117
14 BIBLIOGRAFIA.....	118
ANEXOS.....	119

## **TABLA DE ESQUEMAS**

Gráfica No. 1 Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Gráfica No. 2 Comparativo actualización MECI 2014

Gráfica No. 3 Nuevo MECI 2014

Gráfica No. 4 Resultados por Subsistemas

Gráfica No. 5 Resultados por Componentes

Gráfica No. 6 Resultados por Elementos

Gráfica No. 7 Resultados Diagnostico MECI 2014 TTF

Gráfica No. 8 Resultados Diagnostico MECI 2014 Funcionarios TTF

## **1. TITULO**

**Diagnóstico para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno de la EICE Terminal de Transportes de Fusagasugá y para la implementación de la NTC GP 1000:2009.**

## 2. AREA Y LINEA DE INVESTIGACION.

**Área:** Investigación Participativa

**Línea:** Desarrollo organizacional y Regional

Este trabajo se realizará bajo el área de Investigación Participativa ya que se pretende hacer un diagnóstico para la actualización del modelo estándar de control interno de la Terminal de Transportes de Fusagasugá y para la implementación de la NTC GP 1000:2009.

Se llevará bajo la línea de Gestión en Procesos de Calidad ya que los resultados que arroje esta investigación lograrán ser útiles para la actualización del modelo estándar de control interno de la E.I.C.E. Terminal de Transportes de Fusagasugá y para la implementación de la NTC GP 1000:2009

### **3. DEFINICION DEL PROBLEMA**

#### **3.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

La Terminal de Transportes de Fusagasugá como empresa de carácter público, no ha realizado la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI: 2014 y a su vez no ha implementado la norma técnica de gestión pública NTC GP1000:2009; lo cual, podría generar sanciones por parte de los entes de control y desmejorar su desempeño y capacidad de proporcionar servicios que respondan a las necesidades y expectativa de sus clientes.

¿Podría estar en un alto riesgo de ser sancionada la Terminal de Transportes de Fusagasugá al no haber actualizado el Modelo Estándar de Control Interno MECI, de acuerdo a los tiempos señalados por la ley?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Realizar un diagnóstico para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno de la EICE Terminal de Transportes de Fusagasugá y para la implementación de la NTC GP 1000:2009.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Establecer las herramientas para la realización del diagnóstico de la actualización del Modelo Estándar de Control Interno y para la implementación de la NTC GP 1000:2009.
- Generar cronograma para la realización del tema objeto de la investigación.
- Recopilar información que aporte elementos necesarios en la aplicación de las herramientas definidas para el desarrollo del diagnóstico.
- Identificar los elementos del modelo y requisitos de la norma técnica que requieren ser intervenidos.
- Realizar entregable a la Terminal de Transportes de Fusagasugá de los resultados obtenidos en la ejecución del trabajo.

## 5. JUSTIFICACIÓN

Mediante el presente trabajo de investigación se pretende dar a conocer el estado actual del Modelo Estándar de Control Interno y el grado de implementación de la norma técnica de gestión pública colombiana NTC GP1000:2009 de la Terminal de Transportes de Fusagasugá. Lo anterior, obedece a que en la actualidad el Decreto 943 de 2014 obliga a las entidades públicas a actualizar el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005 estableciendo plazos perentorios, los cuales debían ser cumplidos a 20 de Diciembre de 2014. De acuerdo a lo anterior, la empresa en mención, en la actualidad no ha realizado y tampoco ha iniciado el proceso de actualización del modelo so pena de incurrir en las sanciones por parte de los entes de control.

Igualmente, la entidad en la actualidad tiene certificado su sistema de gestión de calidad en la norma ISO 9001:2008, pero no se ha certificado en la norma técnica de gestión pública colombiana NTC GP1000:2009, en la cual se deberían de certificar las entidades públicas aunque solo es obligante para las del orden nacional. Se busca que la entidad a partir de la implementación de la norma aumenta su credibilidad ante sus usuarios, proveedores y clientes internos, teniendo en cuenta que las entidades públicas se caracterizan por tener una mala imagen en la prestación de sus servicios.

## 6. MARCO REFERENCIA

### 6.1 MARCO TEORICO

Informe del Committee of Sponsoring Organizations – COSO. (1997, p.16), el control interno es: “Un proceso efectuado por el consejo de administración, la dirección y el resto del personal de una entidad, diseñado con el objeto de proporcionar un grado de seguridad razonable en cuanto a la consecución de los objetivos dentro de las siguientes categorías: eficacia y eficiencia de las operaciones, confiabilidad de la información financiera, cumplimiento de las leyes y regulaciones aplicables”, el reporte enfatiza que el sistema de control interno es una herramienta de la administración, pero no un sustituto para esta y que los controles deberán ser construidos dentro de las actividades de operación y no fuera de ellas.

El informe COSO propone cinco componentes, de los cuales, el componente “Información y Comunicación”, se considera en este marco teórico, por comprender el conjunto de procedimientos, que al ser ejecutados, proporcionan información para la toma de decisiones y/o control de la organización. El componente encierra el concepto de sistemas de información y se podría utilizar para denominar el procesamiento de datos generados internamente en la organización a las transacciones y operaciones internas, resaltando el valor de la información como un activo estratégico en las empresas, la cual requiere integrar la planificación, el diseño y la implementación de los sistema de información en concordancia con un buen esquema de control. (COSO 1985-2015)

Modelo Canadiense COCO. (Criteria of Control Board), ayuda a la organización a perfeccionar el proceso de toma de decisiones, a través de una mejor comprensión del control, el riesgo y la dirección. Se apoya en las teorías del comportamiento, en Teoría General de Sistemas y en la Teoría de la Contingencia

y abandona los preceptos de Taylor y Fayol; le da una visión más humana a la organización, reconoce la importancia de los factores psicológicos y sociales que afectan el comportamiento humano. (Teorías organizativas y los Sistemas de Control 2005)

COBIT habilita el desarrollo de una política clara y de buenas prácticas de control de TI a través de organizaciones, a nivel mundial. El objetivo de COBIT es proporcionar estos objetivos de control, dentro del marco referencial definido, y obtener la aprobación y el apoyo de las entidades comerciales, gubernamentales y profesionales en todo el mundo. (COBIT s.f.)

## **6.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **6.2.1 Sistema 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. (1993 LEY 87)

El diseño y desarrollo del Sistema de Control Interno se orienta al logro de los siguientes objetivos fundamentales: (1993 LEY 87 1993)

- a. Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que lo afecten;
- b. Garantizar la eficacia, la eficiencia y economía en todas las operaciones promoviendo y facilitando la correcta ejecución de las funciones y actividades definidas para el logro de la misión institucional;

- c. Velar porque todas las actividades y recursos de la organización estén dirigidos al cumplimiento de los objetivos de la entidad;
- d. Garantizar la correcta evaluación y seguimiento de la gestión organizacional;
- e. Asegurar la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros;
- f. Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presenten en la organización y que puedan afectar el logro de sus objetivos;
- g. Garantizar que el Sistema de Control Interno disponga de sus propios mecanismos de verificación y evaluación;
- h. Velar porque la entidad disponga de procesos de planeación y mecanismos adecuados para el diseño y desarrollo organizacional, de acuerdo con su naturaleza y características.

## **6.2.2 Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014**

### **Estructura del control**

El propósito del Modelo Estándar de Control Interno MECI es proporcionar una serie de pautas o directrices dirigidas a controlar la planeación, gestión, evaluación y seguimiento en las entidades de la administración pública, facilitando el desarrollo del Sistema de Control Interno. Estructura, que permite ser adaptada de acuerdo con la naturaleza de las mismas, organización, tamaño y particularidades, con el fin de identificar claramente los roles y responsabilidades de quienes liderarán y participarán activamente en el proceso.

En la siguiente figura se muestra la estructura del modelo en la versión 2005 con la finalidad de observar e identificar los cambios realizados en la actualización del año 2014.



Gráfica No. 1 Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005

Los cambios realizados en la estructura MECI1000:2005 son los siguientes:



Gráfica No. 2 Comparativo actualización MECI 2014

El gráfico que a continuación se muestra permite observar la estructura del nuevo MECI 2014:

## Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014



Gráfica No. 3 Nuevo MECI 2014

- Dos (2) módulos:
  - Módulo de Control de Planeación y Gestión
  - Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento
- Seis (6) componentes:
  - Talento Humano
  - Direccionamiento Estratégico
  - Administración del Riesgo
  - Autoevaluación Institucional
  - Auditoría Interna
  - Planes de Mejoramiento

- Trece (13) elementos
  - Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos
  - Desarrollo del Talento Humano
  - Planes, Programas y Proyectos
  - Modelo de Operación por Procesos
  - Estructura Organizacional
  - Indicadores de Gestión
  - Políticas de Operación
  - Políticas de Administración del Riesgo
  - Identificación del Riesgo
  - Análisis y Valoración del Riesgo
  - Autoevaluación del Control y Gestión
  - Auditoría Interna
  - Plan de Mejoramiento
  
- Un eje transversal enfocado a la información y comunicación.  
Distribuidos de la siguiente forma:

## 1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

### 1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

### 1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

1.2.3 Estructura Organizacional

1.2.4 Indicadores de Gestión

#### 1.2.5 Políticas de Operación

### 1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

#### 1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

#### 1.3.2 Identificación del Riesgo

#### 1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

## 2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

### 2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

#### 2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

### 2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

#### 2.2.1 Auditoría Interna

### 2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

#### 2.3.1 Plan de Mejoramiento

## 3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACIÓN

### **1. Módulo de Control de Planeación y Gestión**

Dentro de este Módulo de Control, se encuentran los componentes y elementos que permiten asegurar de una manera razonable, que la planeación y ejecución de la misma en la entidad tendrán los controles necesarios para su realización. Uno de sus objetivos principales de este módulo es introducir en la cultura organizacional el control a la gestión en los procesos de direccionamiento estratégico, misionales, de apoyo y de evaluación.

Así mismo, este Módulo le permite a la entidad ejecutar la planeación bajo condiciones de control que logran evidenciar las posibles desviaciones en el

cumplimiento de los objetivos, permitiendo contar con los elementos necesarios para asegurar razonablemente el cumplimiento de la misión que le ha sido asignada.

Igualmente, a través de su implementación y fortalecimiento continuo se permite el diseño de los lineamientos estratégicos que contribuyen a crear un ambiente favorable al control, la forma de operación con base en una gestión orientada a procesos, y el manejo del riesgo del no cumplimiento de sus objetivos y fines constitucionales y legales.

Los componentes y elementos de este Módulo brindan los controles necesarios para que la planeación y ejecución de la misma se realicen de manera eficiente, eficaz, efectiva y transparente, logrando una adecuada prestación de los servicios o producción de bienes que le son inherentes.

## **2. Módulo Control de Evaluación y Seguimiento**

Dentro del proceso de mejoramiento continuo en la entidad, este módulo considera aquellos aspectos que 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, Programas y Proyectos, los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la Organización Pública.

Los instrumentos y herramientas de gestión y de control de la entidad requieren evaluación y seguimiento, es decir, un proceso que verifique el nivel de desarrollo del Sistema de Control Interno y de la gestión de la entidad. Esto se consigue

mediante actividades de supervisión continua, evaluaciones periódicas o una combinación de ambas cosas.

Este módulo busca que la entidad desarrolle 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.

### **3. Eje Transversal Información y Comunicación**

Este eje es transversal a los Módulos de Control del Modelo, dado que en la práctica las organizaciones y entidades lo utilizan durante toda la ejecución del ciclo PHVA; de tal manera, que complementa y hace parte esencial de la implementación y fortalecimiento de los Módulos en su integridad.

La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la organización.

Para su desarrollo se deben diseñar políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos al interior y en el entorno de cada entidad, que satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso, sea adecuada a las necesidades específicas de la ciudadanía y de las partes interesadas. A través de este eje se

espera mejorar la transparencia frente a la ciudadanía por medio de la rendición de cuentas a la comunidad y el cumplimiento de las obligaciones. (MECI 2014)

### **6.2.3 Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009**

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 6º de la Ley 872 de 2003, esta norma específica los requisitos para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad aplicable a la rama ejecutiva del poder público y otras entidades prestadoras de servicios.

Esta norma está dirigida a todas las entidades, y se ha elaborado con el propósito de que éstas puedan mejorar su desempeño y su capacidad de proporcionar productos y/o servicios que respondan a las necesidades y expectativas de sus clientes.

Para la elaboración de este documento se han empleado como base las normas internacionales ISO 9000:2005 y la ISO 9001:2008 sobre gestión de la calidad. En esta medida, la implementación de la presente norma permite el cumplimiento de la norma internacional ISO 9001:2008, puesto que ajusta la terminología y los requisitos de ésta a la aplicación específica en las entidades. Sin embargo, la presente norma integra requisitos y conceptos adicionales a los del estándar ISO. La orientación de esta norma promueve la adopción de un enfoque basado en procesos, el cual consiste en determinar y gestionar, de manera eficaz, una serie de actividades relacionadas entre sí. Una ventaja de este enfoque es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales que forman parte de un sistema conformado por procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Este enfoque permite mejorar la satisfacción de los clientes y el desempeño de las entidades, circunstancia que debe ser la principal motivación para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, y no simplemente la certificación con una norma, la cual debe verse como un reconocimiento, pero nunca como un fin. (NTCGP 1000:2009)

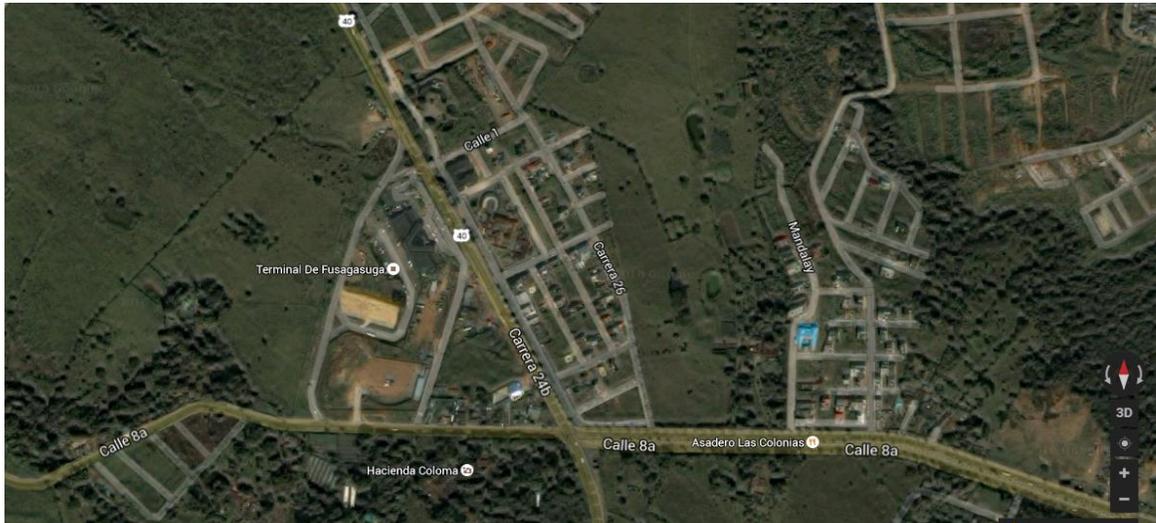
#### **6.2.4 Compatibilidad con el Sistema de Control Interno y de Desarrollo Administrativo (NTCGP 1000:2009)**

En el caso específico de la administración pública colombiana se encuentran principalmente, tres herramientas que orientan el desarrollo de la gestión pública de las entidades estatales: el Sistema de Control Interno, el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, del cual se ocupa específicamente esta norma. (1993 LEY 87)

Tanto los Sistemas de Gestión como los de Control Interno son herramientas que tienen como propósito central contribuir al fortalecimiento de la acción de las diversas organizaciones que los implementen. Por lo general, estos Sistemas se soportan en elementos comunes los cuales deberían ser identificados en etapas tempranas de la implementación, a fin de evitar que se dupliquen esfuerzos.

### **6.3 MARCO GEOGRAFICO**

Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasugá, ubicada en el casco urbano del municipio de Fusagasugá en la transversal 27 No.3-49 Barrio San Jorge.



Fuente Google maps



Fuente Archivo Terminal de Transportes

## 6.4 MARCO HISTORICO

La Terminal de Transporte de Fusagasugá inicia como Sociedad de Economía Mixta, creada mediante escritura pública N° 002415 del 22 de noviembre de 1997, inscrita el 17 de marzo de 1999 bajo el número 00672407 del libro IX quedando

constituida como sociedad comercial de economía mixta indirecta, del orden administrativo Municipal denominada “Terminal de Transportes de Fusagasugá S.A. “

Con fecha 14 de mayo de 2001, el Alcalde William García Fayad presento ante el Honorable concejo Municipal un proyecto de acuerdo el objeto de que se autorizara la liquidación de la Empresa Sociedad de Economía Mixta “Terminal de Transportes de Fusagasugá S.A., y en cuya exposición de motivos resalta el hecho de que la empresa presenta una nula rentabilidad y que para la fecha presentaba pérdidas reales acumuladas de más de sesenta y tres millones de pesos lo cual obligaba a tomar dicha decisión.

El proyecto fue aprobado mediante el Acuerdo N° 21 del 14 de Mayo de 2001, y en consecuencia La Sociedad fue declarada disuelta y en estado de liquidación. El 05 de abril de 2004, se inscribió el acta N° 002 de la asamblea extraordinaria de accionistas, por la cual se aprobó la cuenta final de la liquidación de la sociedad.

El Concejo Municipal expide el Acuerdo N° 02 del 06 de marzo de 2003 “Por medio del cual se crea la Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasugá” y el Acuerdo N° 09 de 2004 (por medio se modifica el acuerdo 02 del seis (06) de marzo de 2003) emanado por el Concejo Municipal de Fusagasugá en virtud de que la Asamblea General de Socios, el 23 de marzo de 2002, aprobó la liquidación de la Empresa Terminal de Transportes de Fusagasugá S.A. y mediante Resolución No. 2459 de diciembre 24 de 2002, la Superintendencia de Puertos y Transportes, aprobó el inventario del Patrimonio Social de la Empresa Terminal de Transportes de Fusagasugá S.A. en liquidación.

La Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasugá inicia su operatividad el 12 de Mayo de 2004, Gerencia a cargo de la

Administradora de Empresas Doctora Margoth Dixelis González hasta el 20 de Mayo de 2004, la sucede el Economista Doctor Héctor Orlando Rodríguez Monroy desde el 21 de Mayo de 2004 hasta el 16 de Enero de 2008.

En el año 2005 se emite la Resolución N° 1973 de Julio 17 de 2005 “Por la cual se concede Homologación de la Habilitación a la Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasugá”, el Decreto N° 0184 de 2005 de 21 de Septiembre de 2005 “Por medio de la cual se determina el área de influencia de la Empresa Industrial y Comercial del y Estado Terminal de Transporte de Fusagasugá” y la Resolución Administrativa de la Secretaria de Tránsito y Transporte de la Fusagasugá N° 738 de Noviembre 2 de 2005 “ Por medio de la cual se toma una medida para el mejoramiento del servicio de transporte intermunicipal de pasajeros dentro de la Jurisdicción de Municipio de Fusagasugá”.

En Enero de 2006 se implementa la medida de imponer el Sello apropiado en las puertas de los vehículos de las Empresas de Transporte que hacen uso de la Terminal incrementándose los despachos de vehículos en un 80%.

El 01 de Marzo de 2007 se inicia la implementación del SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001-2008, la identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la Terminal se conoce como enfoque basado en procesos; identificados los siguientes: Gestión Gerencial, Gestión Servicio al Cliente, Gestión Operativa, Gestión de Talento Humano, Gestión de Recursos Físicos, Gestión Recursos de Financieros, Gestión Contractual, Gestión Jurídica, Gestión de Comunicaciones, Gestión Evaluación Control y Mejora, con el enfoque basado en procesos la Terminal busca proporcionar confianza a los clientes y a las partes interesadas, respecto al desempeño coherente de la organización, mejora de resultados coherentes y predecibles, ya que un resultado deseado se

alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso. (Fusagasugá 2014)

## 6.5 MARCO INSTITUCIONAL



Fuente: Página web

### 6.5.1 Misión

La Empresa Industrial y Comercial del Estado (E.I.C.E.) Terminal de Transportes de Fusagasugá administra, controla y coordina las operaciones del transporte terrestre intermunicipal de pasajeros, orientada a lograr con eficiencia y eficacia el control operativo y la prestación de servicios complementarios brindando comodidad, seguridad y oportunidad trabajando con el recurso humano integral, tecnología e infraestructura acorde para satisfacer las necesidades de los clientes que visitan la terminal de la Ciudad Jardín de Colombia.

### 6.5.2 Visión

La E.I.C.E. Terminal de Transportes de Fusagasugá para el 2019 será consolidada como la empresa líder del corredor sur del país apoyada en la tecnología de vanguardia y un servicio excelente.

### **6.5.3 Política de Calidad**

La Empresa Industrial y Comercial del Estado (E.I.C.E.) Terminal de Transportes de Fusagasugá, está diseñada estructuralmente para brindar los servicios con calidad, confiabilidad, eficiencia, amabilidad y oportunidad a los usuarios haciendo de ella una empresa rentable y comprometida con las necesidades y expectativas de la comunidad y del gremio transportador apoyándonos en el desarrollo de nuestro talento humano e innovación tecnológica, enfocada al mejoramiento continuo de cada uno de los procesos que la integran.

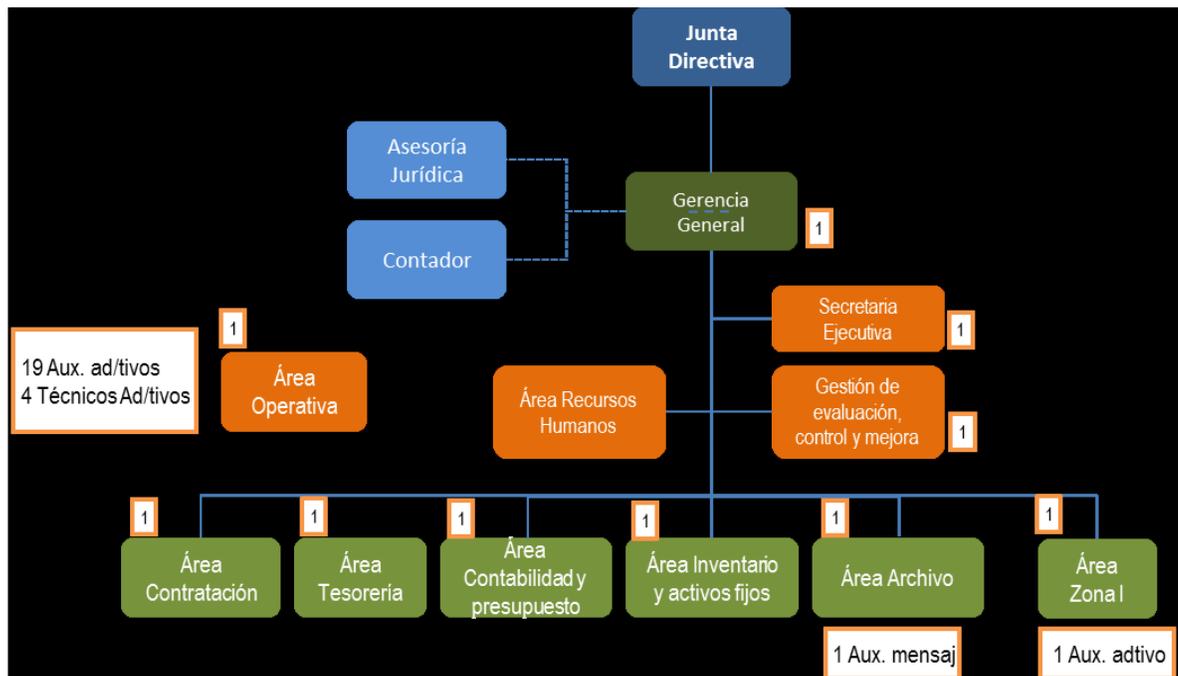
### **6.5.4 Objetivos de Calidad**

Para el logro de la política de calidad, la E.I.C.E Terminal de Transporte de Fusagasugá definió los siguientes objetivos de calidad.

- Satisfacer las necesidades de los clientes y usuarios de la terminal
- Gestionar adecuadamente el buen uso de los recursos físicos y financieros
- Asegurar la sostenibilidad y mejora del Sistema Integrado de Gestión, promoviendo el trabajo en equipo.
- Gestionar el desarrollo de competencias del personal para garantizar la calidad de los servicio

### **6.5.5 Estructura Organizacional**

La Terminal de Transporte de Fusagasugá tiene definida su estructura de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 086.



Fuente: Manual de Calidad Terminal de Transporte de Fusagasugá

(Fusagasugá 2014)

## 6.6 MARCO LEGAL

Las principales normas que enmarcan la operación del Control Interno en Colombia, son los siguientes:

- Constitución Política de Colombia, Art 209 y Art 269
- 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”.
- Ley 489 de 1998. Estatuto básico de organización y funcionamiento de la administración pública.

- Ley 872 de 2003. “Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios”.
- Decreto 1826 de 1994 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993”.
- Decreto 2145 de 1999 “Por el cual se dictan normas sobre el sistema nacional de control interno de las entidades y organismos de la administración pública del orden nacional y territorial y se dictan otras disposiciones”. Modificado parcialmente por el Decreto 2539 del 2000 “Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de 1999”.
- Decreto 1537 de 2001 “Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 87 de 1993 en cuanto a elementos técnicos y administrativos que fortalezcan el sistema de control interno de las entidades y organismos del Estado”.
- Decreto 4110 de 2004. “Por el cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública”.
- Decreto 4485 de 2009 “Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública”.
- Decreto 943 de 2014 Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno-MECI.

## **7. DISEÑO METODOLOGICO**

### **7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La metodología a aplicar será la exploratoria descriptiva ya que es necesario documentarse sobre el estado actual del Modelo Estándar de Control Interno de la EICE Terminal de Transporte de Fusagasugá como del estado del Sistema de Gestión de Calidad, para luego poder establecer los elementos que requieren ser intervenidos para su respectiva actualización y los elementos necesarios para la certificación del sistema en la norma NTCGP 1000:2009.

### **7.2 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO**

Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasugá, ubicada en el casco urbano del municipio de Fusagasugá en la transversal 27 No.3-49 Barrio San Jorge, la cual cuenta con una población finita de 36 funcionarios.

### **7.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

En el desarrollo de la investigación se llevaran a cabo entrevistas, encuestas las cuales se aplicaran a los funcionarios y listas de verificación las cuales se aplicaran al sistema integrado de gestión con la finalidad de conocer el estado de los diferentes documentos estratégicos, de control y evaluación.

La encuesta anteriormente mencionada consta de 58 preguntas y será aplicada a los funcionarios de la Terminal de Transportes con la siguiente valoración:

<b>Valor</b>	<b>Descripción</b>
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

Anexo 1 Autoevaluación del Control

Anexo 2 Lista de chequeo MECI

Anexo 3 Lista de chequeo NTCGP1000:2009

#### **7.4 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Una vez obtenida y recopilada la información se procederá a su procesamiento partiendo de la clasificación de la información, luego con la tabulación de la misma para el análisis de la información.

La interpretación de los resultados del diagnóstico del Modelo Estándar de Control Interno de la Terminal de Transporte de Fusagasugá, se realizarán de acuerdo a la interpretación de factores y niveles de madurez dados por el Departamento Administrativo de Función Pública para el año 2014.

## **8. MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO DE LA TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA**

### **8.1 ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 2014**

Con la finalidad de conocer el estado de implementación o cumplimiento de cada uno de los productos que deben estar contenidos en los elementos, componentes y Módulos o Eje transversal, se aplicó lista de chequeo la cual fue diligenciada mediante entrevista realizada a los funcionarios de la Terminal de Transportes de Fusagasugá, en especial a los responsables de los procesos de Evaluación, control y mejora, Talento Humano y Comunicaciones.

A continuación se presenta la lista de chequeo MECI diligenciada.

ELEMENTO DE CONTROL	PRODUCTOS MINIMOS	ESTADO				EVIDENCIA ENCONTRADA	ANEXO
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluable/Revisado		
Acuerdos, compromisos y protocolos éticos.	Documento con los principios y valores de la entidad, construido participativamente.			X		Se cuenta con el documento Código de ética Declaración de principios valores y procederes éticos de los servidores públicos y/o contratistas de la Terminal de Transportes de Fusagasugá E.I.C.E, con fecha de creación del año 2010.	ANEXO 5
	Acto administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la entidad.			X		El documento fue adoptado mediante resolución 071 de 2010	
	Socialización de los principios y valores de la organización a todos los servidores.			X		Se cuenta con diapositivas, evidencias fotográficas y planillas de asistencias de actividades realizadas por el proceso de Calidad, sin embargo, no se cuenta con una estrategia que permita la recordación del documento.	
	OTRO. Acuerdos de gestión (Suscritos).	X				No se tienen establecidos acuerdos de gestión de acuerdo a la naturaleza de la empresa.	

Desarrollo del Talento Humano	Manual de funciones y competencias laborales.			X		Se cuenta con la resolución 010 de 2012 la cual fue aprobada por la junta directiva de la Terminal, así mismo, el documento fue socializado el 30 de octubre del 2013, sin embargo, se observa que esta actividad fue realizada once meses después de su aprobación.	
	Plan Institucional de Formación y Capacitación.			X		Para la vigencia 2014 se elaboró Plan Institucional de Formación y Capacitación, el cual no fue formalizado mediante un acto administrativo; para la vigencia 2015 se elaboró por medio de encuestas, las cuales están en medio magnético. Así mismo, para la vigencia 2015 se cumplió en un 97% con el plan de capacitaciones, para el 2016 aún no se ha elaborado.	
	Programa de Inducción y reinducción realizado a los servidores vinculados a la Terminal.	X				No se cuenta con un programa de inducción y re inducción. Así mismo, no existe un procedimiento para este tema. Se recomienda que se labore el programa de inducción y re inducción.	

Programa de reinducción en respuesta a cambios organizacionales, técnicos o normativos.	X					
Programa de Bienestar			X			Se cuenta con la resolución administrativa 065 de 2011, este programa se realiza cada dos años, la última actualización está aprobada bajo la resolución 22 del 26 de enero del 2015. Para la vigencia 2015 se cumplió con el 100% del plan.
Plan de incentivos	X					No se cuenta con un plan de incentivos, sin embargo, se informó que dentro del plan de bienestar se toman acciones como parte de incentivos al personal.
Procesos meritocráticos de cargos directivos (en las entidades donde aplique)	X					No se realizan procesos meritocráticos.
Mecanismos de evaluación del desempeño acorde a la normatividad que aplique a la entidad.			X			De acuerdo a la naturaleza de la Terminal de Transportes de Fusagasugá, no se encuentran vinculado personal de carrera administrativa, por lo tanto, no se realizan evaluaciones de desempeño. Sin embargo,

						si se evalúa el cumplimiento de las funciones y las competencias de acuerdo al manual de funciones aprobado mediante la resolución 010 del 2012 por la junta directiva.	
	OTRO. Desarrollo de políticas de talento humano			X		Se cuenta con políticas de Talento Humano: Salud ocupacional, Prevención del consumo del Alcohol, Tabaco y otras drogas.	
	OTRO. Evaluación a Acuerdos de Gestión	X				No se tienen establecidos acuerdos de gestión de acuerdo a la naturaleza de la empresa.	
Planes y Proyectos	Misión, Visión y Objetivos Institucionales adoptados y divulgados.			X		Se encuentran formalizados en el Manual de Calidad de la Terminal de Transportes de Fusagasugá. En el año 2013 se realizó socialización por medio de una cartilla de Calidad a todos los funcionarios. La visión fue actualizada en el mes de junio de 2015.	
	Documentos que soporten la revisión sobre necesidades de los usuarios, legales y de presupuesto.		X			No se identifican con claridad documentos que soporten la revisión de las necesidades de los usuarios, legales y de presupuesto.	

	Planes operativos con cronogramas y responsables.			X		Los planes operativos son elaborados por los líderes de procesos iniciando cada vigencia.	
	Fichas de indicadores para medir y evaluar el avance en la planeación (ejecución de los planes y programas).			X		Se evalúan mensualmente en los informes de gestión que debe presentar cada líder de proceso.	
	Procesos de seguimiento y evaluación que incluya la satisfacción del cliente y partes interesadas.			X		La satisfacción de los clientes se realiza mediante encuestas donde se detectan las necesidades y se elaboran las acciones a que haya lugar.	
	OTRO. Cronogramas de los diferentes comités	X				No existen cronograma de comités solo se hacen cuando es necesario.	
	Planes o diagnostico estratégico, planes de desarrollo.	X				De acuerdo a la naturaleza de la Terminal de Transportes de Fusagasugá no se realiza.	
	Mapa estratégico.	X				No se cuenta con un mapa estratégico.	

Modelo de Operación por Procesos	Caracterizaciones de procesos elaboradas y divulgadas a todos los funcionarios de la entidad.			X		Cada proceso tiene sus caracterizaciones las cuales se actualizan de acuerdo a los cambios que se realicen en formato y procedimientos; estas actualizaciones son socializadas con los líderes de los procesos. Se lleva control de cambios de los documentos.	
	Mapa de procesos			X		Existe el mapa de proceso el cual fue aprobado en el año 2008, se encuentra en el manual de calidad.	ANEXO 6
	Indicadores por proceso para realizar la medición correspondiente.			X		Se cuenta con tablero de indicadores en los diferentes procesos, los cuales se evalúan mediante encuestas que se realizan semestralmente.	ANEXO 7
	Actas de reuniones u otro soporte para revisiones o ajustes a los procesos.			X		Se realizan comités de control interno y calidad y se deja como evidencia actas.	
	Procedimientos diseñados de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos.			X		Cada proceso tiene sus correspondientes procedimientos, los cuales se van actualizando de acuerdo a las necesidades de cada proceso.	

	Actas u otro documento que soporte la divulgación de los procedimientos a todos los funcionarios.			X		Se cuenta con planillas de asistencia a sensibilizaciones que se realizaron en el 2013 donde se daba a conocer a los funcionarios sobre manual de calidad.	
	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles.	X				No se identificaron documentos u otros soportes que evidencien el seguimiento a los controles.	
	OTRO. Sistema de Gestión de Calidad-Fortalecimiento del compromiso institucional con el SIGC.			X		Se tiene implementado y certificado el Sistema de Gestión de Calidad en la norma ISO9001:2008, la certificación del sistema se realizó con el ICONTEC.	
Estructura Organizacional	Evidencias que soporten la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.			X		Se cuenta con la resolución 010 de 2012 la cual fue aprobada por la junta directiva de la Terminal, así mismo, el documento fue socializado el 30 de octubre del 2013, sin embargo, se observa que esta actividad fue realizada once meses después de su aprobación.	

	OTRO. Manual de funciones (Configuraciones de cargos y niveles de autoridad.)			X		Se cuenta con la resolución 010 de 2012 la cual fue aprobada por la junta directiva de la Terminal, así mismo, el documento fue socializado el 30 de octubre del 2013, sin embargo, se observa que esta actividad fue realizada once meses después de su aprobación.	
	Definición de planta de personal, Organigrama (articulación entre estas).			X		Se tiene definida la planta de personal y se cuenta con un organigrama.	
Indicadores de Gestión	Fichas de indicadores donde se registran y hace seguimiento a la gestión.			X		Se cuenta con fichas de indicadores FOR-GDE 01 Hoja de vida del indicador, donde mensualmente se realiza la evaluación a los indicadores de acuerdo a los informes de gestión presentado por los líderes de los procesos.	ANEXO 8
	Cuadros de control para seguimiento a los indicadores clave de los procesos.			X		Se cuenta con fichas de indicadores FOR-GDE 01 Hoja de vida del indicador, donde mensualmente se realiza la evaluación a los indicadores de acuerdo a los informes de gestión presentado por los líderes de los procesos.	

	OTRO						
Políticas de Operación	Documento que contiene las políticas de operación.			X		Se cuenta con un formato denominado FOR-GCM 25 donde se encuentran contenidas las políticas.	ANEXO 9
	Actas u otro documento que soporte la divulgación de las políticas de operación a todos los funcionarios.			X		Las políticas de operación son socializadas en el comité de control interno y calidad. En el momento que fueron aprobadas.	
	OTRO						
Administración de Riesgos	Definición desde la Alta Dirección de la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	X				No se cuenta con una política de administración del riesgo para la Terminal.	
	Mapas de riesgos por proceso.			X		Cada proceso tiene establecido unos riesgos, pero estos no son evaluados continuamente,	ANEXO 10
	Mapa Institucional de Riesgos.			X		Se cuenta con una matriz de riesgos la cual se le hace seguimiento el FOR-GDE 03.	

	Actas u otro documento que soporte la divulgación de los mapas de riesgos a todos los funcionarios de la entidad.			X		Los mapas de riesgos se trabajan y divulgan solamente con los líderes de los procesos.	
	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles establecidos para los riesgos.	X				De acuerdo a los informes que presenta cada líder y se encuentra el formato FOR GDE-03.	
	OTRO						
Autoevaluación del Control y Gestión	Documentos soporte sobre aplicación de encuestas de autoevaluación de los procesos.	X				No se cuenta con herramientas	
	Documentos soporte sobre realización de talleres de autoevaluación.	X				No se cuenta con evidencia	
	Informes u otros soportes de informes de autoevaluación realizados.	X				No se cuenta con evidencia	

	Informes sobre análisis de los indicadores por proceso.			X		Se presentan mensualmente en los comités de control interno y calidad y se socializan con los líderes de procesos.	
	Informes de gestión por procesos.			X		Dentro los 10 primeros días hábiles de cada mes, los líderes de procesos deben pasar a Evaluación, control y mejora los informes de gestión los cuales luego son socializados en comité de control interno y calidad.	
Auditoria de Gestión	Informes pormenorizados de la vigencia.			X		Estos informes se realizan de acuerdo a lo establecido en la ley 1474 en su artículo 9. cada cuatro meses	
	Resultados Informe Ejecutivo Anual realizado ante el DAFP.			X		De acuerdo a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función pública DAFP se viene diligenciando la respectiva encuesta.	
	Procedimiento para auditoria interna.			X		Se tiene establecido dos procedimientos de auditoria interna que son: PRO-GDE11 Auditoria Interna de Calidad y PRO-GDE14 Auditoria Interna de Gestión.	ANEXO 11 y 12

	Programa anual de auditorías aprobado.			X		En reunión de comité de control interno y calidad la líder de evaluación, control y mejora presenta el plan de auditorías el cual es aprobado por el comité.	
	Informes de auditorías realizadas			X		De las auditorías realizadas en el 2014 se encuentran los informes de cada auditoría a los diferentes procesos, en el FOR-GDE 01 Para la vigencia 2015 el cronograma de auditorías se ejecutó en un 85%.	
	OTRO.						
Plan de Mejoramiento (Institucional, Procesos)	Herramienta definida para la construcción del plan de mejoramiento			X		El plan de mejoramiento se realiza de acuerdo a los hallazgos encontrados en las auditorías, donde cada líder de proceso debe establecer sus actividades y estrategias para corregir los hallazgos encontrados. Procedimiento PRO GDE-12 FOR GDE-08	ANEXO 13 y 14
	Documentos que evidencien el seguimiento a los planes de mejoramiento			X		Comunicados enviados a los líderes de procesos donde se les informa los hallazgos encontrados y que deben levantar las acciones de mejora. A la fecha se encuentra plan de mejoramiento por la contraloría de	

						Cundinamarca, de la auditoría realizada a la vigencia 2013, donde se detectaron 12 hallazgos de los cuales solamente queda uno pendiente por cerrar.	
	OTRO. Acciones de mejoramiento a nivel de procesos	X				Se encuentran acciones de mejora en los procesos de servicio al cliente, financiera, archivo, recursos físicos y talento humano.	
	OTRO. Acciones de mejoramiento a nivel de funcionarios	X				No se cuenta con acciones de mejora a nivel de funcionarios.	
Información y Comunicación Externa	Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.			X		Se cuenta con un punto de información denominado la zona I donde se da la información requerida por los usuarios y se reciben las PQRyF, se cuenta con buzón de sugerencias, y se tiene establecido formato de PQR donde los usuarios pueden dejar sus inquietudes, posteriormente se hace el respectivo seguimiento. También encuentran un link en la página de la terminal donde llega a la Zona de información y le dan el debido trámite según el procedimiento PRO GSC-01	ANEXO 15

						Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.	
	Mecanismos de consulta para la obtención de información requerida para la gestión de la entidad.			X		Por medio de los portales web de las diferentes entidades y sus respectivos aplicativos.	
	Publicación en página web de la información relacionada con la planeación institucional.	X				En la página Web de la entidad se publica el plan anual de adquisiciones, el presupuesto y estados financieros.	
	Publicación en página web de los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos			X		La página web se encuentra en proceso de actualización. La última actualización de la página web fue en el año 2015.	
	Lineamientos de planeación establecidos para llevar a cabo el proceso de rendición de cuentas.	X				La terminal de transportes en la vigencia actual no ha realizado rendición de cuentas, según concepto de la oficina jurídica ya que por la naturaleza de la empresa no está obligada a hacer rendición de cuentas por ser una empresa descentralizada.	

Actas u otros documentos que soporten la realización de procesos de rendición de cuentas.			X		En la vigencia 2013 se realizó rendición de cuentas.
Publicación en página web de los resultados de la última rendición de cuentas realizada.	X				Para la vigencia 2013 no se contaba con la página web para la publicación de la información.
Actas u otros documentos que evidencien la realización de otro tipo de contacto con la ciudadanía (diferente a la rendición de cuentas)			X		En los controles políticos que realiza el concejo Municipal.
OTRO. Difusión de la información de la entidad hacia el exterior en forma amplia y transparente, hacia los grupos de interés			X		Medios de comunicación que utiliza la entidad para difundir la información a los clientes, grupos interesados y organismos de control: Por la página web, Correos institucionales, Mediante oficinas, Radio, prensa, televisión, Volantes informativos, circulares, informativas, en la parte de contratación se está

						utilizando la página de SECOP "Portal único de contratación"	
Información y Comunicación Interna	Mecanismos para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios.	X				No se tiene identificado un mecanismo para recibir sugerencias y solicitudes de los funcionarios.	
	Tablas de Retención Documental			X		Las tablas de retención documental están en proceso de actualización y aunque no se han formalizado mediante un acto administrativos.	
	Fuentes internas de información: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.			X		Se cuenta con un manual de calidad, el cual se encuentra en la versión 05, manual de contratación Resolución 001 de 30 de enero de 2014. Manual de funciones Resolución N°- 010 del 07 de noviembre de 2012 emitido por la Junta Directiva. , resoluciones de gerencia, resoluciones de junta directiva. Así mismo, tienen establecidos procesos y procedimientos con sus respectivos formatos.	

	Política y Plan de comunicaciones establecido y divulgado a todos los funcionarios.			X		Se cuenta con una matriz plan de comunicaciones.	
	OTRO						
Sistemas de Información y Comunicación	Sistema de información para el proceso documental institucional.			X		Se elaboró el programa de gestión documental pero no está aprobado ni divulgado.	
	Sistema de información para la atención de las peticiones, quejas, reclamaciones o recursos de los ciudadanos.			X		Se cuenta con un punto de información denominado la zona I donde se da la información requerida por los usuarios y se reciben las PQRyF, se cuenta con buzón de sugerencias, y se tiene establecido formato de PQR donde los usuarios pueden dejar sus inquietudes, posteriormente se hace el respectivo seguimiento. También encuentran un link en la página de la terminal donde llega a la Zona de información y le dan el debido trámite según el procedimiento PRO GSC-01 Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.	

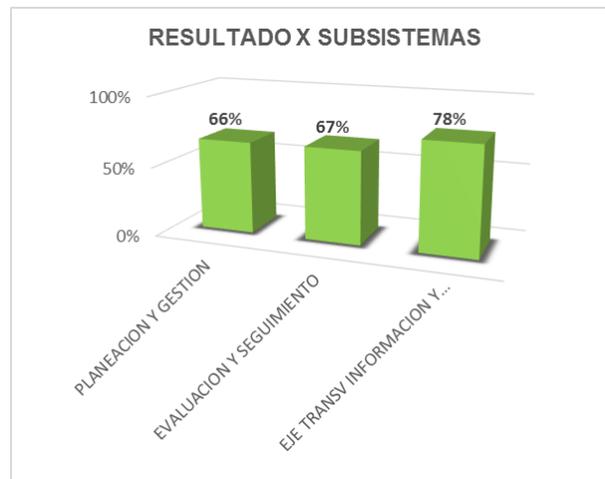
				X		La terminal de transportes de Fusagasugá, tiene el software de condalco en el cual se trabaja el área financiera (contabilidad, tesorería y presupuesto) zona i (facturación) operativa (recaudo). El área de recursos físicos y talento humano controlan la información requerida en Excel. (En recursos físicos se tiene inventarios por procesos debidamente paqueteado, respecto al almacén cada vez que se entrega algo a un proceso se realiza el respectivo descargue en la planilla que se lleva en Excel.)	
	Sistema de información para el manejo de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros.			X			
	Página web (Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad).			X		Se cuenta con página web de la Terminal de Transportes.	
	Punto de atención al usuario.			X		El punto de atención al Usuario con la que cuenta la Terminal de Transportes es la zona de Información.	
	Otros medios de comunicación virtual (chat, foro, redes sociales)			X		Página web, correos institucionales, emisoras locales, canal de televisión local.	

	OTRO. Medios de comunicación entre la entidad, cliente, grupos de interés y organismos de control.			X		Medios de comunicación que utiliza la entidad para difundir la información a los clientes, grupos interesados y organismos de control: Por la página web, Correos institucionales, Mediante oficinas, Radio, prensa, televisión, Volantes informativos, circulares, informativas, en la parte de contratación se está utilizando la página de SECOP "Portal único de contratación"	
--	--	--	--	---	--	--	--

Fuente Manual Técnico de Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014

### 8.1.1 Estado del Modelo MECI 2014 por Módulos

MODULO	RESULTADO
PLANEACION Y GESTION	66%
EVALUACION Y SEGUIMIENTO	67%
EJE TRANSV INFORMACION Y COMUNICACIÓN	78%

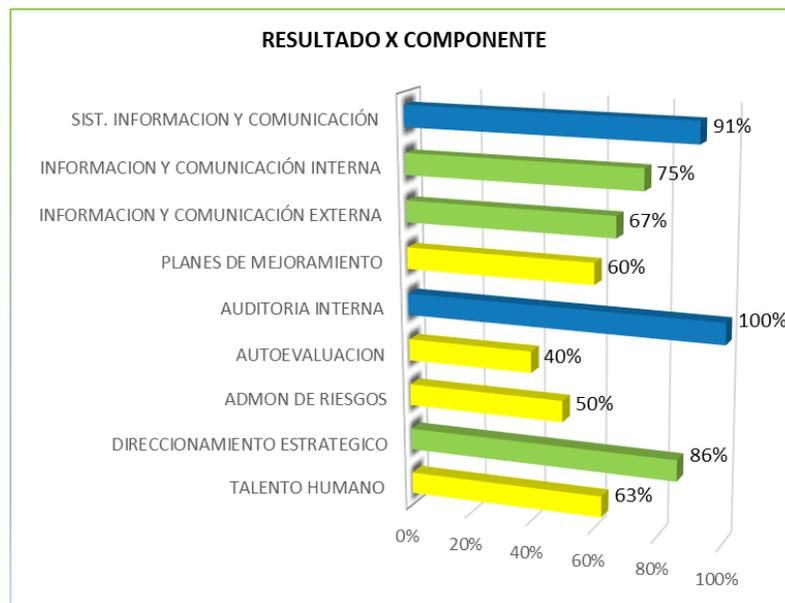


Gráfica No. 4 Resultados por Subsistemas

De acuerdo a los resultados los dos módulos y el eje transversal se encuentran ubicados en la fase SATISFACTORIO: El modelo de control interno se cumple, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de datos. Existe tendencia a mantener la mejora en los procesos. La entidad ha identificado los riesgos para la mayoría de sus procesos, pero no realiza una adecuada administración del riesgo. Sin embargo, los módulos de Planeación y Gestión y Evaluación y seguimiento tienen un resultado del 66% y 67% respectivamente, requiriendo ser intervenidos ya que es la calificación mínima para esta fase.

### 8.1.2 Estado del Modelo MECI 2014 por Componentes

COMPONENTES	RESULTADO
TALENTO HUMANO	63%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	86%
ADMON DE RIESGOS	50%
AUTOEVALUACION	40%
AUDITORIA INTERNA	100%
PLANES DE MEJORAMIENTO	60%
INFORMACION Y COMUNICACIÓN EXTERNA	67%
INFORMACION Y COMUNICACIÓN INTERNA	75%
SIST. INFORMACION Y COMUNICACIÓN	91%

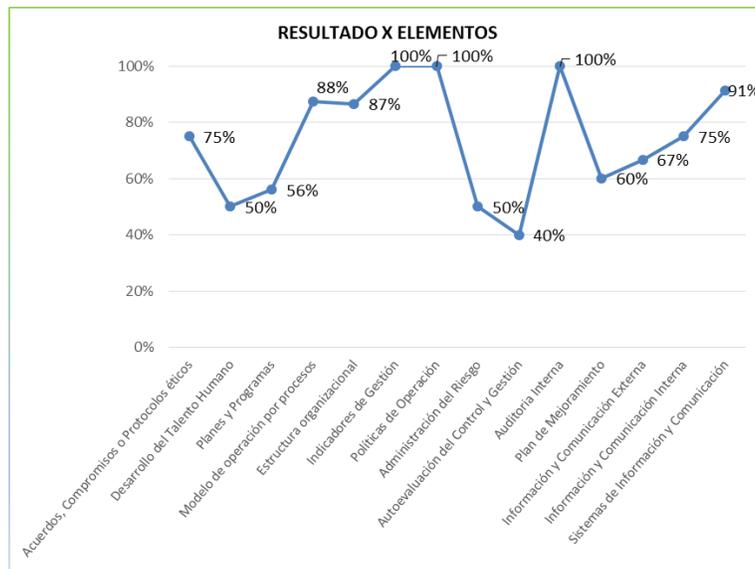


Gráfica No. 5 Resultados por Componentes

De acuerdo a los resultados los componentes se encuentran ubicados en las fases Intermedio, Satisfactorio y Avanzado, observando que los componentes de Auditoría Interna y Sistemas de Información y comunicación son los que mejor se encuentran ubicados estando en la fase Avanzado. Los componentes de Autoevaluación, Administración del Riesgo, Planes de Mejoramiento y Talento Humano requieren ser atendidos con la finalidad que se solucionen las deficiencias para que el sistema sea eficaz.

### 8.1.3 Estado del Modelo MECI 2014 por Elementos

ELEMENTO	RESULTADO
Acuerdos, Compromisos o Protocolos éticos	75%
Desarrollo del Talento Humano	50%
Planes y Programas	56%
Modelo de operación por procesos	88%
Estructura organizacional	87%
Indicadores de Gestión	100%
Políticas de Operación	100%
Administración del Riesgo	50%
Autoevaluación del Control y Gestión	40%
Auditoría Interna	100%
Plan de Mejoramiento	60%
Información y Comunicación Externa	67%
Información y Comunicación Interna	75%
Sistemas de Información y Comunicación	91%

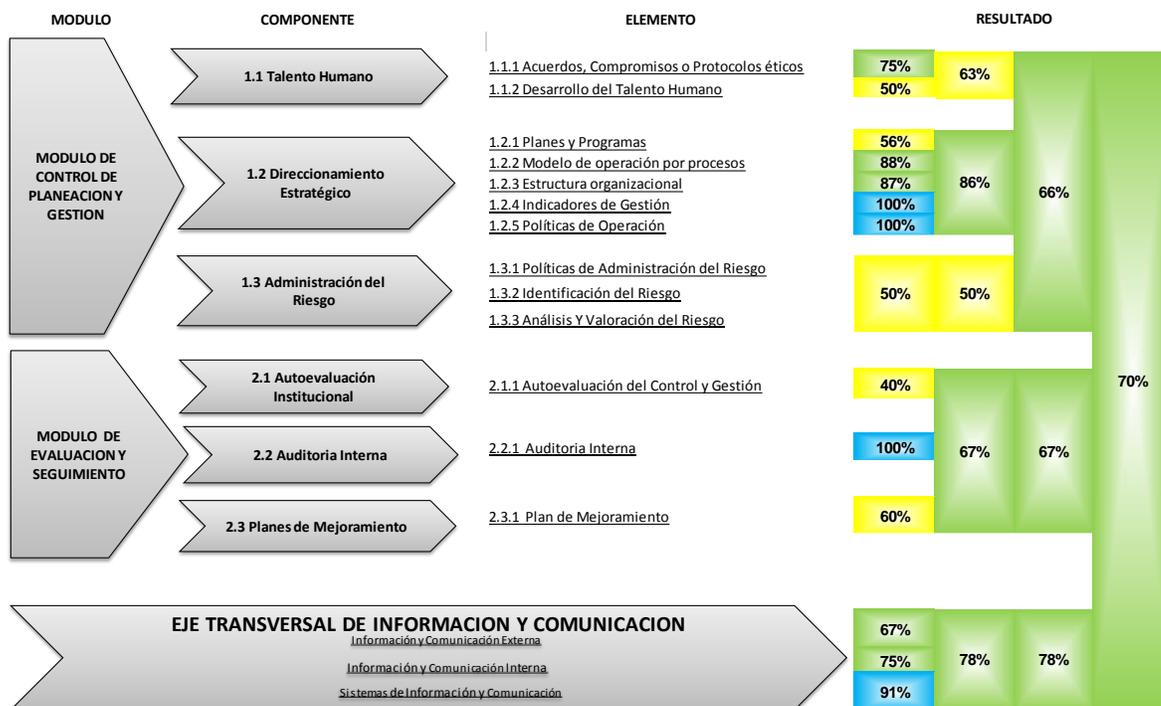


Gráfica No. 6 Resultados por Elementos

Se observa que los elementos de Indicadores de Gestión, Políticas de operación y Auditoría Interna se encuentran en un 100% de su implementación, seguido por el elemento de Sistemas de Información y Comunicación con un 91%. Los elementos de Desarrollo del Talento Humano, Planes y Programas Administración del Riesgo, Autoevaluación del Control y Gestión y Plan de Mejoramiento requieren ser atendidos prontamente con la finalidad que se establezcan acciones de mejora para fortalecer el control interno.

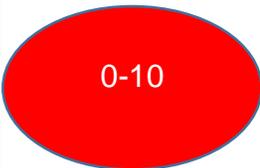
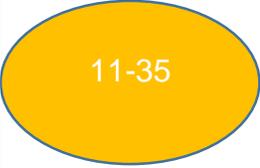
## 8.2 RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO PARA LA ACTUALIZACIÓN DEL MODELO MECI 2014

Para el diagnóstico del Modelo Estándar de Control Interno de la Terminal de Transporte de Fusagasugá se realizó una valoración porcentual por elemento, componente, módulos y eje transversal teniendo como referencia la lista de chequeo aplicada. Ver Anexo 4 Diagnostico MECI.



Gráfica No. 7 Resultados Diagnostico MECI 2014 TTF

### Valoración del Estado de Madurez del Modelo

 <p>0-10</p>	<p><b>INICIAL:</b> La Entidad conoce de forma incipiente la estructura de Modelo de Control Interno. Conoce sus funciones, en concordancia ha establecido su misión y visión, reconociendo a su vez los objetivos con los cuales contribuye a los fines esenciales del Estado. Dado el nivel de avance en la implementación del modelo, se requiere avanzar con urgencia en definir roles, responsabilidades, recursos y otros aspectos esenciales por parte de la Alta Dirección para poder avanzar con su implementación y fortalecimiento.</p>
 <p>11-35</p>	<p><b>BÁSICO:</b> La Entidad aplica el modelo de control interno de manera primaria. Ha adoptado los lineamientos normativos para la adecuada gestión de sus procesos, cuenta con un direccionamiento estratégico y tiene identificadas las diferentes fuentes de información internas y externas, ha iniciado con el diseño de herramientas de control y seguimiento, pero aún no cuenta con datos</p>

	relevantes para su análisis. Ha formulado su Política de Gestión de Riesgos de forma básica.
36-65	<b>INTERMEDIO:</b> La Entidad aplica el modelo de control interno de forma más estructurada. Cuenta con sistemas de información y canales de comunicación en operación, ajusta sus procesos con base en la información recolectada de forma interna. Posee una Política de Gestión de Riesgos más robusta. Ha iniciado con la implementación de la metodología para la identificación de los riesgos por procesos.
66-90	<b>SATISFACTORIO:</b> La Entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos. La Política de Riesgos es conocida y aplicada por todos los procesos. Se cuenta con mapas de riesgos por proceso y el institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos.
91-100	<b>AVANZADO:</b> La Entidad gestiona el modelo de control interno de forma continua y sistemática. Se implementan y se verifica la efectividad de las acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa. Se mide la eficacia y la eficiencia de los planes de mejoramiento a todo nivel. La Política de Riesgos es actualizada de acuerdo a los cambios del entorno e institucionales. Los servidores han apropiado los mapas de riesgos de sus procesos, facilitando el monitoreo, seguimiento y verificación de los mismos, con lo cual es posible afirmar de manera razonable que se cuenta con una gestión del riesgo eficiente y efectiva en todos los niveles.

Fuente Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, Interpretación resultados Evaluación MECI vigencia 2014

## **8.2.1 Módulo de Control de Planeación y Gestión**

### **8.2.1.1 Componente Talento Humano**

#### **8.2.1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.**

- Victorias Tempranas
  - Se cuenta con el documento Código de Ética el cual contiene los principios, valores y directrices éticas por los cuales se rigen los funcionarios de la Terminal.
  
- Puntos Críticos
  - El documento no ha sido revisado desde la fecha de su creación que fue en el año 2010. Ver Anexo 5 Código de Ética
  - No se cuenta con una estrategia que permita la recordación del documento por parte de los funcionarios.

#### **8.2.1.1.2 Desarrollo del Talento Humano**

- Victorias Tempranas
  - Para la vigencia 2015 se dio cumplimiento al Plan Institucional de Formación y Capacitación en un 97%.
  - Para la vigencia 2015 se dio cumplimiento del plan de Bienestar en un 100%.
  - Se realizan evaluaciones al desempeño de los funcionarios.
  - Se cuenta con algunas políticas para el desarrollo del talento humano.

- Puntos Críticos
  - No se realiza socialización de los documentos de manera oportuna ocasionando con esto pérdida de credibilidad por parte de los funcionarios frente a la alta dirección.
  - Algunos documentos no son formalizados mediante un acto administrativo como lo es el caso del Plan Institucional de formación y capacitación de la vigencia 2014.
  - No se cuenta con un programa de inducción y re inducción. Así mismo, no existe un procedimiento que permita la realización de estas actividades de forma planeada y coordinada.
  - No se cuenta con un plan de incentivos para el personal de la Terminal de Transportes.

### **8.2.1.2 Componente Direccionamiento Estratégico**

#### **8.2.1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.**

- Victorias Tempranas
  - Se tiene establecida la Misión, Visión y Objetivos institucionales, igualmente, la visión fue actualizada en la vigencia 2015 con la participación de la alta dirección.
  - Se realiza medición de la satisfacción del cliente y se toman acciones frente a los resultados obtenidos.
  - Se cuenta con planes operativos por proceso.
  
- Puntos Críticos
  - No se identifican con claridad documentos que soporten la revisión de las necesidades de los usuarios, legales y de presupuesto.
  - No se cuenta con cronogramas para la realización de los diferentes comités, ya que se realizan de acuerdo a las necesidades que se

van presentando, lo que puede ser una deficiencia en la planeación institucional.

#### **8.2.1.2.2 Modelo de Operación por Procesos**

- Victorias Tempranas
  - Se cuenta con caracterizaciones, procedimientos documentados y se lleva control de cambios de los documentos de acuerdo a las necesidades cambiantes de los procesos. Ver Anexo 6 Mapa de Procesos
  - Se cuenta con tablero de indicadores de gestión por proceso. Ver Anexo 7 Tablero de Indicadores de Gestión.
  - La implementación y certificación del Sistema de Gestión de Calidad en la norma ISO9001:2008, que en la actualidad se encuentra certificado con el ente certificador ICONTEC.
  
- Puntos Críticos
  - Se realizan actividades de divulgación de actualizaciones a los procedimientos, sin embargo, estas no se realizan desde la vigencia 2013.
  - No se identificaron documentos u otros soportes que evidencien el seguimiento a los controles.

#### **8.2.1.2.3 Estructura Organizacional**

- Victorias Tempranas
  - Se tiene definida la planta de personal y se cuenta con un organigrama identificando los niveles de autoridad.

- Puntos Críticos
  - La socialización sobre los cambios no se realiza de manera oportuna, lo cual puede ocasionar desinformación al interior de la Terminal de Transportes.

#### **8.2.1.2.4 Indicadores de Gestión**

- Victorias Tempranas
  - Se cuenta con un formato denominado FOR-GDE 01 Hoja de vida del indicador, donde mensualmente se realiza la evaluación a los resultados de acuerdo a los informes de gestión presentado por los líderes de los procesos. Ver Anexo 8 FOR-GDE 01 Hoja de vida del indicador
- Puntos Críticos
  - No se identificó la toma de decisiones a partir de los resultados arrojados, producto de la medición de los indicadores.

#### **8.2.1.2.5 Políticas de Operación**

- Victorias Tempranas
  - Se cuenta con un formato denominado FOR-GCM 25 donde se documentan las políticas. Ver Anexo 9 FOR-GCM 25 Política
- Puntos Críticos
  - Las políticas son socializadas en los comités de control interno y calidad, sin embargo, no se dio claridad sobre la socialización a todo el personal de la empresa.

### **8.2.1.3 Componente Administración del Riesgo**

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

- Victorias Tempranas
  - Se realiza gestión del riesgo pero no se tiene establecida una metodología y no se hace seguimiento periódico a la ocurrencia y mitigación del riesgo.
  
- Puntos Críticos
  - No se cuenta con una Política de Administración del Riesgo para la Terminal de Transportes.

#### **8.2.1.3.2 Identificación del Riesgo**

- Victorias Tempranas
  - Se tienen identificados riesgos por procesos los cuales se encuentran contenidos en una matriz de riesgos por procesos. Ver Anexo 10 FOR-GDE 03 Matriz de Riesgos.
  
- Puntos Críticos
  - No se realiza identificación de nuevos riesgos.

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

- Victorias Tempranas
  - Se cuenta con una matriz de riesgos que contempla las etapas de la gestión del riesgo.

- Puntos Críticos
  - A pesar que se cuenta con un mapa de riesgos por proceso no se realiza evaluación y seguimiento a los mecanismos o acciones para prevenir o reducir el impacto de los riesgos en la ejecución de los procesos de forma continua.
  - Los mapas de riesgos se trabajan y divulgan solamente con los líderes de los procesos.
  - No se identificaron documentos u otros soportes que permitan evidenciar seguimiento a los controles establecidos para los riesgos.

## **8.2.2 Módulo de Evaluación y Seguimiento**

### **8.2.2.1 Componente Autoevaluación Institucional**

#### **8.2.2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión**

- Victorias Tempranas
  - Se presentan mensualmente a los comités de control interno y calidad los resultados de las mediciones de los indicadores de gestión.
  - Se presentan informes de gestión por procesos a los comités de control interno y calidad.
  
- Puntos Críticos
  - No se cuenta con documentos que soporten la aplicación de encuestas u otras herramientas de autoevaluación a procesos.
  - No se realizan talleres o actividades de autoevaluación.
  - No se cuenta con herramientas que permitan realizar la autoevaluación del control.

## **8.2.2.2 Componente Auditoría Interna**

### **8.2.2.2.1 Auditoría Interna**

- Victorias Tempranas
  - Se realizan los informes pormenorizados del estado del Sistema de Control Interno de acuerdo a lo establecido en la ley 1474 de 2011.
  - Se ha diligenciado la encuesta MECI mediante el aplicativo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.
  - Se tiene debidamente documentado dos procedimientos de auditoria interna que son: PRO-GDE11 Auditoria Interna de Calidad y PRO-GDE14 Auditoria Interna de Gestión. Ver Anexo 11 PRO-GDE11 Auditoria Interna de Calidad, Anexo 12 PRO-GDE14 Auditoria Interna de Gestión
  - Para la vigencia 2015 el cronograma de auditoria se ejecutó en un 85%.
  
- Puntos Críticos
  - No se realiza socialización o retroalimentación de los resultados de auditoria al interior de los procesos, sesgando la posibilidad identificar la causa raíz de los problemas y por ende acciones de mejoras eficaces.

## **8.2.2.3 Componente Planes de Mejoramiento**

### **8.2.2.3.1 Plan de Mejoramiento**

- Victorias Tempranas
  - Se tiene documentado procedimiento PRO GDE-12 Elaboración de acciones correctivas, preventivas y de mejora, así mismo se cuenta

con el formato FOR GDE-08 Solicitud de acción preventiva o correctiva. Ver Anexo 13 PRO GDE-12 Elaboración de acciones correctivas, Anexo 14 FOR GDE-08. Solicitud de acción preventiva o correctiva.

- Se realizan seguimientos por parte de la oficina de Control Interno a los diferentes procesos que cuenta con planes de mejoramiento.

- Puntos Críticos

- No se identificó la documentación de acciones de mejora producto de la autoevaluación de los procesos.

### **8.2.3 Eje Transversal: Información y Comunicación**

#### **8.2.3.1 Información y Comunicación Externa**

- Victorias Tempranas

- Se cuenta con un punto de información denominado la zona I donde se suministra la información requerida por los usuarios y se recepcionan las PQRyS, igualmente, se cuenta con buzón de sugerencias. Así mismo, en la página web de la terminal se tiene implementado link donde llega a la Zona de información para atender las PQRyS según el procedimiento PRO GSC-01 Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias. Ver Anexo 15 PRO GSC-01 Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias.

- Puntos Críticos

- Aunque la empresa según asesoría de la oficina jurídica no está obligada a realizar rendición de cuentas, no tiene definido un mecanismo para la dar a conocer la gestión de la empresa.

- En la página Web de la Terminal no se publica el plan anual de adquisiciones, el presupuesto y los estados financieros.

### **8.2.3.2 Información y Comunicación Interna**

- Victorias Tempranas
  - Se cuenta con Tablas de retención documental permitiendo establecer la clasificación documental de la Terminal, acorde a sus estructura orgánico - funcional, como los criterios de retención y disposición final resultante de la valoración documental por cada una de las agrupaciones documentales.
  - Se tienen establecidos procesos y procedimientos con sus respectivos formatos.
- Puntos Críticos
  - No se tiene identificado un mecanismo para recibir sugerencias y solicitudes de los funcionarios.
  - Aunque se cuenta con un matriz plan de comunicaciones, no se tiene claridad sobre su funcionalidad.

### **8.2.3.3 Sistemas de Información y Comunicación**

- Victorias Tempranas
  - Se cuenta con un software el cual posee el modulo financiero, (contabilidad, tesorería y presupuesto) zona i (facturación) operativa (recaudo).
  - Se cuenta con página web, facilitando el acceso a la información.
  - Se cuenta con un punto de información visible y de fácil acceso por parte de los usuarios.

- Puntos Críticos
  - Hay información que es llevada en archivos tipo Excel lo cual se convierte en un riesgo ya que la seguridad de estos archivos es mínima viéndose expuesta la información a la perdida de la misma.
  - Se elaboró el programa de gestión documental pero no se encuentra aprobado ni divulgado.

### **8.3 PERCEPCIÓN Y APROPIACIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI 2014**

Para garantizar confiabilidad del diagnóstico se escogió una muestra del 58% de la población de funcionarios de la Terminal de Transportes de Fusagasugá, que corresponde a 21 funcionarios de 36; teniendo en cuenta el Manual técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el estado Colombiano MECI 2014.

En el diagnostico se utilizó la siguiente escala de calificación, la cual va de 0 a 5:

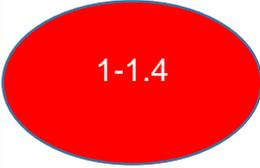
<b>Valor</b>	<b>Descripción</b>
0	No sabe
1	No se cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

Ver Anexo 16 Autoevaluación del Control Diligenciada

RESULTADOS DE LA AUTOEVALUACION DEL CONTROL										
MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO			Puntaje Elemento	Interpretación	Puntaje Componente	Interpretación	Puntaje Subsistema	Interpretación	Puntaje del Sistema	Interpretación
MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION	TALENTO HUMANO	ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS	1.4	BASICO	2.2	BASICO	2.62	INTERMEDIO	2.57	INTERMEDIO
		DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	2.9	INTERMEDIO						
	DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS	2.8	INTERMEDIO	3.0	INTERMEDIO				
		MODELO DE OPERACION POR PROCESOS	3.3	INTERMEDIO						
		ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	3.6	SATISFACTORIO						
		INDICADORES DE GESTION	2.4	BASICO						
		POLITICAS DE OPERACION	2.9	INTERMEDIO						
	ADMINISTRACION DEL RIESGO	POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO	2.0	BASICO	2.3	BASICO				
		IDENTIFICACION DEL RIESGO	2.4	INTERMEDIO						
		ANALISIS Y VALORACION DEL RIESGO	2.4	INTERMEDIO						
MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO	AUTOEVALUACION INSTITUCIONAL	AUTOEVALUACION DEL CONTROL Y GESTION	2.5	INTERMEDIO	2.5	INTERMEDIO	2.32	BASICO		
	AUDITORIA INTERNA	AUDITORIA INTERNA	2.1	BASICO	2.1	BASICO				
	PLANES DE MEJORAMIENTO	PLAN DE MEJORAMIENTO	2.4	BASICO	2.4	BASICO				
EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION	INFORMACION Y COMUNICACION EXTERNA		2.5	INTERMEDIO	2.76	INTERMEDIO	2.76	INTERMEDIO		
	INFORMACION Y COMUNICACION INTERNA		2.8	INTERMEDIO						
	SISTEMAS DE INFORMACION Y COMUNICACION		2.9	INTERMEDIO						

Gráfica No. 8 Resultados Diagnostico Encuesta MECI 2014 Funcionarios TTF

### Valoración del Estado de Madurez del Modelo

 <p>1-1.4</p>	<p><b>INICIAL:</b> La Entidad conoce de forma incipiente la estructura de Modelo de Control Interno. Conoce sus funciones, en concordancia ha establecido su misión y visión, reconociendo a su vez los objetivos con los cuales contribuye a los fines esenciales del Estado. Dado el nivel de avance en la implementación del modelo, se requiere avanzar con urgencia en definir roles, responsabilidades, recursos y otros aspectos esenciales por parte de la Alta Dirección para poder avanzar con su implementación y fortalecimiento.</p>
 <p>1.5-2.4</p>	<p><b>BÁSICO:</b> La Entidad aplica el modelo de control interno de manera primaria. Ha adoptado los lineamientos normativos para la adecuada gestión de sus procesos, cuenta con un direccionamiento estratégico y tiene identificadas las diferentes fuentes de información internas y externas, ha iniciado con el diseño de herramientas de control y seguimiento, pero aún no cuenta con datos relevantes para su análisis. Ha formulado su Política de Gestión de Riesgos de forma básica.</p>

 <p>2.5-3.6</p>	<p><b>INTERMEDIO:</b> La Entidad aplica el modelo de control interno de forma más estructurada. Cuenta con sistemas de información y canales de comunicación en operación, ajusta sus procesos con base en la información recolectada de forma interna. Posee una Política de Gestión de Riesgos más robusta. Ha iniciado con la implementación de la metodología para la identificación de los riesgos por procesos.</p>
 <p>3.7-4.6</p>	<p><b>SATISFACTORIO:</b> La Entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos. La Política de Riesgos es conocida y aplicada por todos los procesos. Se cuenta con mapas de riesgos por proceso y el institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos.</p>
 <p>4.7-5</p>	<p><b>AVANZADO:</b> La Entidad gestiona el modelo de control interno de forma continua y sistemática. Se implementan y se verifica la efectividad de las acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa. Se mide la eficacia y la eficiencia de los planes de mejoramiento a todo nivel. La Política de Riesgos es actualizada de acuerdo a los cambios del entorno e institucionales. Los servidores han apropiado los mapas de riesgos de sus procesos, facilitando el monitoreo, seguimiento y verificación de los mismos, con lo cual es posible afirmar de manera razonable que se cuenta con una gestión del riesgo eficiente y efectiva en todos los niveles.</p>

Fuente. Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, Interpretación resultados Evaluación MECI vigencia 2014

- Victorias Tempranas
  - Existe conocimiento de los funcionarios de la Terminal de los documentos que rigen la misma.
  - Se tiene claridad sobre la Misión, Visión y Objetivos institucionales de la Terminal por parte de los funcionarios.
  - Los funcionarios conocen el modelo de operación por procesos e identifican claramente a que proceso pertenecen.

- Los funcionarios creen de una manera aceptable que los procesos de auditoria han coadyuvado en la mejora del desempeño de los procesos de la Terminal.
  - Hay conocimiento por parte de los funcionarios de los planes de mejoramiento implementados por los procesos, así como de la importancia de llevarlos a cabo.
  - Existe conocimiento por parte de los funcionarios de las fuentes externas que proveen información a la Terminal de Transportes.
  - Los funcionarios conocen los mecanismos de recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía, así como la información sobre la satisfacción de los usuarios.
  - Se conoce la información requerida para realizar las funciones en cada puesto de trabajo y se identifica claramente las fuentes internas que proveen información a la Terminal.
  - Los funcionarios conocen los sistemas de información con los que cuenta la Terminal.
- Puntos Críticos
    - Existe un alto desconocimiento del documento código de ética por parte de los funcionarios y de su aplicación en el desarrollo de sus actividades.
    - No existe un procedimiento de inducción y re inducción, y las actividades que se realizan no son aplicadas de manera sistémica y programada.
    - Hay desconocimiento por parte de los funcionarios de los lineamiento y acciones que adelanta la Terminal de Transportes para el cumplimiento de su objeto social; esto debido a que existe debilidad en la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.

- No hay claridad en los funcionarios sobre la existencia y resultados de los indicadores de gestión con los que cuenta la empresa, desconociendo así el cumplimiento de metas y propósitos de la Terminal de Transportes.
- No existe una Política de Administración del Riesgo, lo cual no permite que se realice una buena gestión del riesgo.
- Existen procesos de Autoevaluación, pero se requiere de un mayor empoderamiento de su aplicación
- Existe un procedimiento de auditoría interna el cual es aplicado al interior de la organización, sin embargo, hay desconocimiento por parte de los funcionarios de los resultados obtenidos de estos procesos de evaluación.

#### **8.4 SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD.**

La Terminal de Transportes de Fusagasugá es una empresa industrial y comercial del estado de carácter cien por ciento pública, en la actualidad tiene implementado el Sistema de Gestión de Calidad, el cual se encuentra certificado bajo la norma ISO9001:2008, certificación que fue obtenida en el año 2010. A pesar de ser una empresa pública, no se ha certificado en la norma NTCGP1000:2009 que integra requisitos y conceptos adicionales a los del estándar ISO.

##### **8.4.1 Revisión de los requisitos de la norma NTCGP1000:2009.**

Para la revisión de los requisitos de la norma se realizó entrevista con el profesional universitario de evaluación, control y mejora, donde se aplicó la siguiente lista de verificación.

**TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGA**  
**LISTA DE CHEQUEO NTCGP 1000:2009**

<b>TITULO</b>	<b>NUMERAL</b>	<b>EVIDENCIAS</b>	<b>ESTADO</b>
Sistema de Gestión de la Calidad	4	Cuenta con 10 procesos, donde encontramos uno estratégico " Gestión Gerencial" , dos misionales "Gestión operativa y Gestión de servicio al cliente" y seis de apoyo "gestión talento humano, gestión de recursos físicos, Gestión jurídica, Gestión de recursos financieros, Gestión contractual y Gestión de comunicaciones " y de evaluación control y mejora "Gestión de evaluación control y mejora"	CUMPLE
Requisitos generales	4.1	Realiza el seguimiento mediante las Auditorías internas las cuales tienen un cronograma específico para cada proceso	CUMPLE
Gestión documental	4.2	Cuenta con la política de calidad y los objetivos de calidad, con el manual de calidad el cual va en la versión 6	CUMPLE
Generalidades	4,2,1	Tiene establecidos procedimientos para todos sus procesos, también se encuentran los registros que pide la norma	CUMPLE
Manual de la calidad	4,2,2	cuenta con un manual de calidad que está en la versión 5, tiene establecidos los procedimientos los cuales se encuentra en cada dependencia por A-Z	CUMPLE
Control de documentos	4,2,3	Se actualiza los formatos o procedimientos cuando el Líder del proceso lo crea pertinente, este procedimiento lo realiza la persona encargada de control interno, ya que ella maneja el registro de las versiones.	CUMPLE
Control de los registros	4,2,4	Todos los registros se encuentran debidamente registrados en los diferentes procesos, allí se pueden observar los procesos y registro que se utilizan en cada dependencia	CUMPLE
Responsabilidad de la dirección	5	Para proporcionar la información veraz la alta Gerencia maneja varios tipos de comunicación con sus clientes.	CUMPLE

Compromiso de la dirección	5.1	Se efectúa la revisión por la dirección anualmente. Se dejan actas como evidencia	CUMPLE
Enfoque al cliente	5.2	Tenemos el proceso de servicio al cliente donde se maneja la PQR, estas tienen determinado un procedimiento.	CUMPLE
Política de la calidad	5.3	Si cuenta con política de calidad	CUMPLE
Planificación	5.4	Cuenta con un presupuesto el cual es aprobado por la junta directiva mediante una resolución	CUMPLE
Objetivos de la calidad	5,4,1	Cuenta con cuatro Objetivos de calidad los cuales están estipulados en el manual de calidad.	CUMPLE
Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad	5.42	La planificación de la Calidad es una parte de la Gestión de la Calidad orientada a fijar unos objetivos de calidad y a especificar los procesos operativos y recursos necesarios para cumplir con los objetivos fijados. La Terminal de transportes cuenta con cuatro objetivos de calidad.	CUMPLE
Responsabilidad, autoridad y comunicación	5.5	Se tiene identificado la cadena de responsabilidad al interior de la Terminal y el flujo de la comunicación.	CUMPLE
Responsabilidad y organizacional autoridad	5,5,1	la alta dirección es la encargada de que las responsabilidades estén definidas dentro de la empresa y que cada uno cumpla de acuerdo a lo establecido	CUMPLE
Representante de la dirección	5,5,2	El representante de la dirección, en la Empresa es el profesional universitario de evaluación, control y mejora.	CUMPLE
Comunicación interna	5,5,3	La comunicación interna de la empresa se realiza mediante comunicados, correos electrónicos institucionales	CUMPLE
Revisión por la dirección	5.6	La revisión por la dirección se efectúa cada año, en donde se evalúan el cumplimiento de los objetivos institucionales, también se hace el seguimiento y verificación a los procesos de la entidad esta revisión por la dirección la realiza el gerente y la representante de la dirección, como evidencia se deja acta.	CUMPLE

Generalidades	5,6,1	La alta dirección se encarga de revisar que el sistema de calidad funcione correctamente	CUMPLE
Información de entrada para la revisión	5,6,2	La información que se tiene en cuenta para la revisión por la dirección es la siguiente: Informes de auditorías, Retroalimentación del cliente, Análisis de Producto o Servicio, Estado de Acciones Correctivas, preventivas o de mejora, Acciones de Seguimiento de Revisiones por la Dirección previa, Cambios que podrían afectar el Sistema de Gestión de Calidad, Análisis de objetivos, metas e indicadores de calidad, Recomendaciones para la mejora. Necesidad de Recursos	CUMPLE
Resultados de la revisión	5,6,3	Se implementan acciones como resultado de la revisión por la dirección.	CUMPLE
Gestión de los recursos	6	Cuenta con un presupuesto está diseñado para cumplir con las necesidades de sus clientes y así brindar un servicio con eficiencia, eficacia y efectividad.	CUMPLE
Provisión de recursos	6.1	Cuenta con un presupuesto está diseñado para cumplir con las necesidades de sus clientes y así brindar un servicio con eficiencia, eficacia y efectividad.	CUMPLE
Talento humano	6.2	Se cuenta con el manual de funciones donde se encuentra las competencias que se deben desarrollar en cada puesto.	CUMPLE
Generalidades	6,2,1	Cada puesto de trabajo tiene un determinado perfil, este varía según el grado.	CUMPLE
Competencia, toma de conciencia y formación	6,2,2	Se les realizan evaluaciones de desempeño para medir las funciones estas se hacen anualmente.	CUMPLE
Infraestructura	6.3	Se cuenta con una red donde se trabaja en línea cada puesto de control tiene sus equipos de comunicación al igual que la parte administrativa.	CUMPLE
Ambiente de trabajo	6.4	Cuenta con sus respectivos cubículos de trabajo	CUMPLE

Realización del producto y/o prestación del servicio	7	Se cuenta con un procedimiento PRO-GOP-12 donde se establecen los parámetros para la prestación del servicio a los clientes	CUMPLE
Planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio	7.1	Se tienen establecidos procedimientos para la prestación del servicio (Gestión Operativa y Servicio al cliente).	CUMPLE
Procesos relacionados con el cliente	7.2	Se cuenta con los elementos adecuados para la prestación del servicio teniendo en cuenta las especificaciones del cliente.	CUMPLE
Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	7,2,1	Se tiene identificados los requisitos relacionados con la prestación del servicio.	CUMPLE
Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	7,2,2	Se cumple con todos los parámetros establecidos en la norma	CUMPLE
Comunicación con el cliente	7,2,3	Se cuenta con la página web, con correos institucionales y se retroalimenta por medio magnético	CUMPLE
Diseño y desarrollo	7.3	N.A.	N.A.
Planificación del diseño y desarrollo	7,3,1	N.A.	N.A.
Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	7,3,2	N.A.	N.A.
Resultados del diseño y desarrollo	7,3,3	N.A.	N.A.
Revisión del diseño y desarrollo	7,3,4	N.A.	N.A.
Verificación del diseño y desarrollo	7,3,5	N.A.	N.A.
Validación del diseño y desarrollo	7,3,6	N.A.	N.A.

Control de los cambios del diseño y desarrollo	7,3,7	N.A.	N.A.
Adquisición de bienes y servicios	7.4	N.A.	N.A.
Proceso de adquisición de bienes y servicios	7,4,1	N.A.	N.A.
Información de la adquisición de bienes y servicios	7,4,2	N.A.	N.A.
Verificación de los productos y/o servicios contratados	7,4,3	N.A.	N.A.
Producción y prestación del servicio	7.5	Se cuenta con procedimientos documentados para la prestación del servicio.	CUMPLE
Control de la producción y de la prestación del servicio	7,5,1	Se cuenta con procedimientos documentados para la prestación del servicio.	CUMPLE
Validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio	7,5,2	Se cuenta con registros de la validación realizada a la prestación del servicio en el proceso de Gestión Operativa.	CUMPLE
Identificación y trazabilidad	7,5,3	Se cuenta con información de periodos anteriores de la trazabilidad del servicio.	CUMPLE
Propiedad del cliente	7,5,4	Se tiene identificados los elementos que son propiedad del cliente y la salvaguarda o custodia de los mismos.	CUMPLE
Preservación del producto	7,5,5	Se cuenta con procedimientos para garantizar la preservación del servicio.	CUMPLE
Control de los equipos de seguimiento y de medición	7,6	Se realizan las respectivas auditorías a los equipos de medición, donde recalibrarse y/o verificarse a intervalos especificados o antes de su utilización	CUMPLE
Medición, análisis y mejora	8	Se cuenta con procedimientos documentados para la medición, análisis y mejora del Sistema de Gestión.	CUMPLE
Generalidades	8,1	Se realizan reuniones mensualmente para verificar el alcance de los indicadores	CUMPLE

Seguimiento y medición	8.2	Se realizan encuestas a los clientes semestralmente para saber la necesidad de ellos.	CUMPLE
Satisfacción del cliente	8,2,1		CUMPLE
Auditoría interna	8,2,2	Se tiene un cronograma de auditorías internas	CUMPLE
Seguimiento y medición de los procesos	8,2,3	Se tienen unos indicadores los cuales se les hace seguimiento dependiendo el proceso	CUMPLE
Seguimiento y medición del producto y/o servicio	8.24	El seguimiento se hace por medio de informes mensuales los cuales se socializan y se toman las medidas adecuadas	CUMPLE
Control del producto y/o servicio no conforme	8.3	Se registra en el FOR-GDE-04, llevando un seguimiento mensual ya que este es un indicador del Proceso Gestión Operativa	CUMPLE
Análisis de datos	8.4	Control interno se encarga de recopilar los datos para poder analizar y así levantar las A P o A C	CUMPLE
Mejora	8.5	Se cuenta con procedimiento para la documentación de acciones correctivas y preventivas.	CUMPLE
Mejora continua	8,5,1	Implementación de las nuevas tecnologías para el control de los vehículos afiliados a las diferentes empresas transportadoras	CUMPLE
Acción correctiva	8,5,2	Se cuenta con procedimiento para la documentación de acciones correctivas y preventivas.	CUMPLE
Acción preventiva	8,5,3		

Fuente Elaboración propia

De acuerdo a la herramienta aplicada se observó lo siguiente:

- Numeral 4. Sistema de Gestión de la Calidad
  - La Terminal de Transportes de Fusagasugá cuenta con 10 procesos, donde encontramos uno estratégico: Gestión Gerencial, dos misionales: Gestión operativa y Gestión de servicio al cliente y seis de apoyo: gestión talento humano,

gestión de recursos físicos, Gestión jurídica, Gestión de recursos financieros, Gestión contractual y Gestión de comunicaciones y de evaluación control y mejora: Gestión de evaluación control y mejora.

- Realiza el seguimiento mediante las Auditorías internas de Calidad, las cuales tienen un cronograma específico para cada proceso.
  - Cuenta con la Política de Calidad y los objetivos de calidad, con el Manual de Calidad el cual se encuentra en versión 6 y procedimientos documentados los cuales se encuentra en cada dependencia en medio magnética y física en A-Z.
  - Tiene establecidos procedimientos para todos sus procesos, también se encuentran los registros que pide la norma.
  - Se actualizan los formatos o procedimientos cuando el Líder del proceso lo crea pertinente, este procedimiento se realiza ante la coordinación de calidad, ya que en esta dependencia se administra el control de cambios a los documentos. Así mismo, se lleva control de los registros generados en el Sistema de Gestión. Ver Anexo 17 Procedimiento Control de Documentos, Anexo 18 Control de Registros.
- Numeral 5 Responsabilidad de la dirección
    - La alta dirección es la encargada de que las responsabilidades estén definidas dentro de la empresa y que cada uno cumpla de acuerdo a lo establecido
    - Anualmente se realiza la revisión por la dirección, donde se evalúa el cumplimiento de los objetivos institucionales, también se hace el seguimiento y verificación a los procesos de la

entidad; esta revisión por la dirección la realiza el gerente y la representante de la dirección, como evidencia se deja acta de las reuniones realizadas.

- La información que se tiene en cuenta para la revisión por la dirección es la siguiente: Informes de auditorías, Retroalimentación del cliente, Análisis de Producto o Servicio, Estado de Acciones Correctivas, preventivas o de mejora, Acciones de Seguimiento de Revisiones por la Dirección previa, Cambios que podrían afectar el Sistema de Gestión de Calidad, Análisis de objetivos, metas e indicadores de calidad, Recomendaciones para la mejora, Necesidad de Recursos
  - Se tiene establecida la política de calidad de la Terminal de Transportes.
  - Cuenta con un presupuesto el cual es aprobado por la junta directiva mediante acto administrativo.
  - Se establecieron cuatro objetivos de calidad, los cuales se encuentran contenidos en el Manual de Calidad. Ver anexo 19 Manual de Calidad.
  - Se ha asignado al responsable del proceso de evaluación, control y mejora como representante de la Dirección.
- Numeral 6 Gestión de los recursos
    - Cuenta con un presupuesto que está diseñado para cumplir con las necesidades de sus clientes y así brindar un servicio con eficiencia, eficacia y efectividad.
    - Se cuenta con el manual de funciones donde se encuentra identificadas las competencias que se deben desarrollar en cada puesto de trabajo.

- Cada puesto de trabajo tiene un determinado perfil, el cual varía según el grado.
- Se les realizan evaluaciones de desempeño con una periodicidad anual.
- Se cuenta con herramientas tecnológicas para el cumplimiento de la misión institucional, con una red donde se trabaja en línea, cada puesto de control tiene sus equipos de comunicación tanto para las actividades operativas como las administrativas.
- Numeral 7 Realización del producto y/o prestación del servicio
  - Se cuenta con un procedimiento PRO-GOP-12 donde se establecen los parámetros para la prestación del servicio a los clientes.
  - Se cuenta con los elementos adecuados para la prestación del servicio teniendo en cuenta las especificaciones del cliente.
  - Se cuenta con la página web, con correos institucionales y se retroalimenta por medio magnético.
  - No se aplica el Diseño y Desarrollo en la prestación del servicio de la Terminal de Transportes.
  - Se realizan las respectivas auditorías a los equipos de medición, los cuales deben calibrarse y/o verificarse a intervalos especificados o antes de su utilización.
- Numeral 8 Medición, análisis y mejora
  - Se realizan reuniones mensualmente para discutir los resultados de los indicadores, los informes de gestión presentados por los líderes de proceso, para la toma de decisiones frente a los resultados del Sistema de Gestión.

- Se aplican encuestas a los clientes con periodicidad semestral, con la finalidad de conocer el grado de satisfacción en la prestación del servicio y necesidades que permitan el mejoramiento continuo de la Terminal de Transportes.
- Se cuenta con un cronograma de auditorías internas de calidad.
- Se cuenta con un tablero de indicadores por proceso, a los cuales cada líder de proceso es responsable de su medición y seguimiento. Así mismos, se aplica la herramienta de Balance Score Card BSC.
- Se lleva control y registro del Producto o Servicio no conforme mediante formato FOR-GDE-04, realizando consolidación de la información con periodicidad mensual. Ver Anexo 20 FOR-GDE-04.
- El análisis de datos se realiza desde cada proceso y esta información es consolidada por el proceso de Control interno, la cual es llevada a los comités de Control Interno y Calidad para el levantamiento de Acciones Preventivas o Acciones Correctivas.
- Se vienen implementando nuevas tecnologías para el control de los vehículos afiliados a las diferentes empresas transportadoras.
- Se cuenta con un procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas.

Una vez analizado los resultados obtenidos se identificaron las siguientes victorias tempranas y puntos críticos para la implementación de la norma NTCGP1000:2009 en la Terminal de Transporte de Fusagasugá.

#### 1. Victorias Tempranas

- La certificación del Sistema de Gestión de Calidad en la norma ISO 9001:2008 permite evidenciar que la Terminal de Transportes de

Fusagasugá cumple en un alto grado con los requisitos establecidos en la norma NTC GP 1000:2009.

- En el tablero de indicadores de gestión se tiene incluida la medición de la eficiencia y efectividad, los cuales son medidos y reportados de acuerdo a su periodicidad.
- Se tiene claridad en los canales de comunicación y con las entidades que interactúa la Terminal de Transportes, permitiendo evidenciar el cumplimiento de principio de Cooperación con otras entidades del Estado que establece la norma NTC GP 1000:2009.

## 2. Puntos Críticos

- Existen debilidades en la administración del riesgo al interior de la Terminal de Transportes ya que no se tiene definida una Política de Administración del Riesgo lo cual impide que se implementen controles efectivos y se realice seguimiento oportuno para la mitigación del riesgo.

## 9 RECURSOS REQUERIDOS

Humanos	Se cuenta con el grupo de trabajo que desarrollara la investigación y tutor.(3 Personas)
Financieros	Los requeridos para desplazamientos, asesorías necesarias, adquisición de elementos de papelería y demás elementos necesarios para la ejecución del trabajo, Contingencias.
Institucionales	Acceso a la información de la empresa objeto de la investigación.
Materiales	Papelería, equipo de cómputo, internet, impresora, USB, fotocopias.

Fuente Elaboración propia

### 9.1 PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

DESCRIPCION	CANTIDAD	COSTO UNIT	COSTO TOTAL	RECURSOS
Impresiones	100	100	10000	Propios
Fotocopias	100	100	10000	Propios
Transporte	20	1200	24000	Propios
Block Oficio	5	2200	11000	Propios
Esferos	10	1200	12000	Propios
Lápiz	5	600	3000	Propios
Carpetas	5	600	3000	Propios
Internet	40 horas	800	32000	Propios
Tiempo de Investigadores	60 horas		1288700	Propios

Fuente Elaboración propia

ITEM	TOTAL
Útiles y papelería	\$29.000
Impresiones-Fotocopias	\$20.000
Transporte	\$24.000
Tiempo De Los Investigadores	\$1'288.700
Equipos de cómputo –internet	\$ 32.000
<b>Total</b>	<b>\$1.393.700</b>

Fuente Elaboración propia

## **10 IMPACTO SOCIAL, ECONOMICO, CULTURAL, AMBIENTAL DEL PROYECTO**

### **10.1 IMPACTO SOCIAL**

La actualización del Modelo Estándar de Control Interno 2014 y la armonización con la norma NTCGP1000:2009 en un 100% en la Terminal de Transportes de Fusagasugá, redundara en la mejora de la prestación del servicio a los usuarios de la Terminal de Transportes de Fusagasugá y en el uso eficiente de los recursos públicos, identificando fallas o desviaciones de manera oportuna, eliminando trámites innecesarios que dificulten las relaciones de la comunidad con la Terminal.

### **10.2 IMPACTO ECONOMICO**

Con la actualización del Modelo Estándar de Control Interno 2014 y su armonización con la norma NTCGP1000:2009 en un 100% en la Terminal de Transportes de Fusagasugá, podrá optimizar la utilización de sus recursos físicos, tecnológicos, humanos y financieros permitiendo realizar un control razonable de la gestión de la empresa mediante la implementación y mantenimiento de nuevos controles, anticipando y corrigiendo de manera oportuna las debilidades que se presentan al interior de la Terminal.

### **10.3 IMPACTO CULTURAL**

La actualización del Modelo Estándar de Control Interno 2014 y su armonización con la norma NTCGP1000:2009 en un 100% en la Terminal de Transportes de Fusagasugá, permitirá la apropiación de los principios MECI (Autocontrol, Autorregulación y Autogestión) al interior de la empresa, logrando así, una cultura de autocontrol en los funcionarios que redundara en la consecución de las metas

trazadas por la alta dirección y la prestación del servicio con calidad, convirtiéndose en una herramienta gerencial para el control de la gestión de la Terminal.

## **11 PROPUESTA**

### **11.1 MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO MECI**

El Decreto 943 de 2014 “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno-MECI” en su artículo 4 estableció que las entidades que contaban con un Modelo implementado, deberían realizar la actualización o ajustes necesarios en un periodo de tiempo de siete meses, los cuales aplicaban a partir de la publicación del decreto en mención. Así mismo, se identificaron cinco fases que se deberían cumplir de acuerdo con lo señalado en el Manual técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. Las fases son las siguientes:

Fase 1. Conocimiento (1 mes)

Fase 2. Diagnostico (1 mes)

Fase 3. Planeación de la actualización (1 mes)

Fase 4. Ejecución y seguimiento (3 meses)

Fase 5. Cierre (1 mes)

De acuerdo a lo anterior, a partir de los resultados obtenidos en el presente diagnóstico del estado de implementación del Modelo Estándar de Control Interno versión 2014 en la Terminal de Transportes de Fusagasugá, se propone que la entidad adelante las siguientes actividades con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 943 de 2014

#### **11.1.1 Fase 1. Conocimiento**

El Manual Técnico propone para la fase tres el diligenciamiento del formato que a continuación se da a conocer, sin embargo, se recomienda que este formato sea la primera actividad a realizar en la fase uno. Lo anterior, teniendo en cuenta que

el formato propuesto establece el compromiso de la alta dirección, las actividades a realizar y se da a conocer los responsables con las fechas para su ejecución.

El formato a diligenciar que refleja el compromiso de la alta dirección en la actualización del Modelo Estándar de Control Interno de la Terminal de Transporte de Fusagasugá, es el siguiente:

### FASE DE PLANEACION DE LA ACTUALIZACION MECI 2014

#### Plan de Actualización del Modelo Estándar de Control Interno

FECHA INICIO: \_\_\_\_\_  
 FECHA FINAL ESPERADA: \_\_\_\_\_  
 RESPONSABLES: \_\_\_\_\_  
 REPRESENTANTE LEGAL: \_\_\_\_\_  
 Alta Dirección (Lideres de proceso): \_\_\_\_\_  
 Representante de la Dirección: \_\_\_\_\_  
 Equipo MECI: \_\_\_\_\_

FASE	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FIN
CONOCIMIENTO	Lectura del documento			
	Apropiación de los conocimientos			
	Sensibilización a los servidores públicos			
DIAGNOSTICO	Identificación de los cambios en el Modelo			
	Diseño del Diagnóstico			
	Aplicación del Diagnóstico			
	Análisis del Diagnóstico			
	Identificación de puntos críticos			

	Identificación de victorias tempranas			
PLANEACION DE LA ACTUALIZACION	Identificación de actividades a realizar			
	Identificación de los responsables de ejecución de las actividades			
	Definición de fechas de inicio y finales de las actividades			
EJECUCION Y SEGUIMIENTO	Seguimiento de las actividades			
	Realización de correcciones			
CIERRE	Compilación de los Resultados			
	Presentación de los resultados finales			
	Realización de jornadas de actualización			
	Realización del nuevo diagnóstico			
	Análisis de los resultados del Diagnóstico			

Fuente. Manual Técnico de Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014

Una vez diligenciado el formato, el área de planeación o quien haga sus veces apoyado con la oficina de Control Interno deberá leer el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014, el cual hace parte integral del Decreto 943 de 2014, con la finalidad de apropiar los conceptos e identificar los cambios surtidos respecto a la versión 2005, ya que serán estas áreas las encargadas de socializar la información.

Seguidamente, se deberá realizar socialización y sensibilización a los integrantes de la organización con la finalidad que se apropien cada uno de los elementos MECI por todos los funcionarios y se puedan recoger aportes importantes para la

actualización de documentos estratégicos que así lo requieran. Para la realización de esta actividad se puede utilizar la estrategia que mejor crea conveniente siempre y cuando se cumpla con el propósito de divulgación y socialización.

### **11.1.2 Fase 2. Diagnostico**

Para esta fase la Terminal de Transporte puede tomar el diagnóstico realizado en el presente trabajo, el cual se hizo tomando como referencia lo recomendado en el Manual de implementación. En el diagnóstico se identificaron puntos críticos y victorias tempranas del Modelo Estándar de Control Interno, lo cual permitirá la identificación de los elementos MECI que requieren ser intervenidos o actualizados.

### **11.1.3 Fase 3. Planeación de la actualización**

Como resultado del análisis del diagnóstico realizado al Modelo Estándar de Control Interno de la Terminal de Transporte de Fusagasugá, se identificaron las siguientes actividades que se deben realizar para la actualización del Modelo y alcanzar un estado de madurez avanzado; así mismo, se debe establecer los responsables y tiempo de ejecución de las actividades a desarrollar.

## **1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN**

### **1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO**

#### **1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.**

- Revisar el documento Código de Ética ya que no ha sido actualizado desde la fecha de su creación que data del año 2010.
- Diseñar estrategia para la recordación del documento por parte de todos los funcionarios.

### 1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

- Elaborar e implementar el Plan de Inducción y re Inducción con el fin de asegurar que el talento humano conozca los cambios organizacionales, las directrices de la alta dirección y demás cambios que afecten el adecuado funcionamiento de los puestos de trabajo.
- Diseñar plan de incentivos para el personal de la Terminal de Transportes.
- Formalizar los documentos estratégicos del talento humano mediante actos administrativos como lo son el Plan Institucional de formación y capacitación, Plan de bienestar social.
- Realizar socialización oportuna de los diferentes documentos dejando registro de cada actividad.

## **1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO**

### 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.

- Identificar los documentos que soportan la revisión de las necesidades de los usuarios, legales y de presupuesto.
- Elaborar cronograma para la realización de los diferentes comités con los que cuenta la Terminal.

### 1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

- Realizar actividades de divulgación de actualizaciones a los procedimientos y demás documentos que hacen parte del modelo de operación por procesos.
- Identificar o establecer documentos u otros soportes que permitan evidenciar el seguimiento a los controles.

### 1.2.3 Estructura Organizacional

- Realizar de manera oportuna socialización de los cambios en la Estructura Organizacional.

### 1.2.4 Indicadores de Gestión

- Documentar la toma de decisiones realizadas a partir de los resultados arrojados, producto de la medición de los indicadores.

### 1.2.5 Políticas de Operación

- Socializar a todo el personal de la empresa las políticas de operación con la finalidad que la información fluya hasta la base de la organización.

## **1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO**

### 1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

### 1.3.2 Identificación del Riesgo

### 1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

- Documentar y socializar la Política de Administración del Riesgo para la Terminal de Transportes.
- Realizar evaluación y seguimiento a los mecanismos o acciones para prevenir o reducir el impacto de los riesgos identificados en los mapas de proceso.
- Realizar divulgación de los mapas de riesgos a todos los integrantes de los procesos.
- Realizar seguimiento a los controles establecidos para los riesgos en los mapas de riesgos.

## **2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

### **2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL**

### 2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

- Diseñar e implementar encuestas u otras herramientas de autoevaluación a procesos.
- Diseñar e implementar herramientas que permitan realizar la autoevaluación del control.

## **2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA**

### 2.2.1 Auditoría Interna

- Realizar socialización o retroalimentación de los resultados de auditoría al interior de los procesos.

## **2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO**

### 2.3.1 Plan de Mejoramiento

- Documentar acciones de mejora producto de la autoevaluación de los procesos.

## **3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACIÓN**

### **3.1 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA**

- Definir un mecanismo para la dar a conocer la gestión de la empresa.
- Publicar y actualizar en la página web la información relacionada con la planeación institucional de la Terminal de Transportes (plan anual de adquisiciones, Presupuesto, Estados financieros y demás información de acuerdo a la ley 1712 de 2014).

### **3.2 INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA**

- Diseñar e implementar un mecanismo para recibir sugerencias y solicitudes de los funcionarios.

- Fortalecer la conceptualización de la funcionalidad de la matriz plan de comunicaciones.
- Diseñar e implementar estrategias que permitan dar a conocer la información generada por la organización a todos los funcionarios de la Terminal de Transportes.
- Dar continuidad al proceso de actualización de las Tablas de retención documental

### **3.3 SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

- Establecer herramientas o protocolos de seguridad que permitan la conservación de la información contenida en archivos tipo Excel.
- Realizar divulgación del programa de gestión documental.

De acuerdo a lo anterior, a continuación se presenta la relación de los documentos que hacen falta como productos mínimos necesarios para la actualización del Modelo; igualmente, se proponen herramientas e instrumentos que pueden ser adoptados por la Terminal de Transportes de Fusagasugá.

<b>MODULO</b>	<b>COMPONENTE</b>	<b>ELEMENTO</b>	<b>PRODUCTO REQUERIDO</b>	
MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION	1.1 Talento Humano	1.1.2 Desarrollo del Talento Humano	Procedimiento de Inducción y re Inducción	
	1.2 Direccionamiento Estratégico	1.2.1 Planes y Programas	Cronograma de los diferentes comités	
	1.3 Administración del Riesgo	1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo	Política de Administración del Riesgo	
MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO	2.1 Autoevaluación Institucional	2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión	Herramientas de autoevaluación a procesos.	
			Herramientas para la autoevaluación del control.	
EJE TRANSVERSAL DE INFORMACION Y COMUNICACION		3.1 Información y Comunicación Externa	Publicar y actualizar en la página web la información relacionada con la planeación institucional de la Terminal de Transportes (plan anual de adquisiciones, Presupuesto, Estados financieros y demás información de acuerdo a la ley 1712 de 2014).	
			3.2 Información y Comunicación Interna	Mecanismo para recibir sugerencias y solicitudes de los funcionarios.
			3.3. Sistemas de Información y Comunicación	Herramientas o protocolos de seguridad que permitan la conservación de la información contenida en archivos tipo Excel.

Fuente Elaboración propia

### 11.1.3.1 Procedimiento de Inducción y re Inducción

	<b>INDUCCION Y REINDUCCION</b>	<b>Código: PRO-XXX-XX</b>
		<b>Versión: 00</b>
		<b>Página X de X</b>

#### **OBJETIVO**

Describir las actividades a desarrollar para la realización de la inducción y re inducción de los empleados de planta de la Terminal de Transporte de Fusagasugá.

#### **ALCANCE**

Aplica para la selección de los empleados de planta de la Terminal de Transporte de Fusagasugá.

#### **DESARROLLO**

##### **INDUCCION**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REGISTRO</b>
Se identifica al personal nuevo que requiere la inducción	Talento Humano	N/A
Se identifican los procesos y los temas a tratar en la inducción. Los procesos deben ser mínimo con los cuales interactúa el proceso al cual ingresa la persona y los temas Sistema de Gestión de Calidad, Seguridad y Salud en el trabajo, Historia de la empresa, estructura organizacional y	Talento Humano	FOR-XXX-XX

normatividad aplicable a la empresa.		
Se realiza la inducción al personal correspondiente	Talento Humano- Jefe de Área	FOR-XXX-XX
Se realiza recorrido por las instalaciones de la Terminal y presentación a los compañeros de trabajo	Jefe de Área	N/A

### REINDUCCION

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
Se identifican los cambios surtidos en la Terminal de tipo Administrativo, Financiero, Legal, Operativo y de Talento Humano	Talento Humano- Jefes de Área	N/A
Se programa reunión con el personal para la realización de la re inducción	Talento Humano	Comunicado
Se realiza reunión de re inducción con el personal convocado.	Talento Humano	Registro de asistencia

### 11.1.3.2 Formato de Inducción y Re inducción

	<b>INDUCCION Y REINDUCCION</b>	Código: FOR-XXX-XX
		Versión: 00
		Página X de X

**FUNCIONARIO QUE RECIBE LA INDUCCION:** \_\_\_\_\_

**CARGO:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE INGRESO:** \_\_\_\_\_

PROCESO O TEMAS	NO APLICA	INDUCCION	REINDUCCION	FECHA DE LA INDUCCION / REINDUCCION	INDUCCION / REINDUCCION REALIZADA POR	FIRMA DE QUIEN REALIZA LA INDUCCION/ REINDUCCION	OBSERVACIONES
1							
2							
n							

### 11.1.3.3 Cronograma de los diferentes comités

	<b>CRONOGRAMA</b>	Código: FOR-XXX-XX
		Versión: 00
		Página X de X

ACTIVIDADES	MES 1				MES 2				MES n				RESPONSABLE	OBSERVACIONES
	SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS					
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1														
2														
3														
n														

Elaboró: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

### **Política de Administración del Riesgo**

La Terminal de Transportes de Fusagasugá, conocedora de la importancia de la gestión del riesgo como herramienta de control para el logro de sus objetivos institucionales brindara soporte económico, físico y de talento humano a los procesos que así lo requieran con la finalidad de prevenir, evitar y mitigar la ocurrencia del riesgo.

Para la gestión del riesgo en la Terminal de Transporte, se aplicara la metodología diseñada por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP en la Guía de Administración del Riesgo. Anexo 21 Guía de Administración del Riesgo DAFP

#### **11.1.3.4 Herramientas de autoevaluación a procesos.**

	<b>AUTOEVALUACIÓN A PROCESOS</b>	<b>Código: FOR-XXX-XX</b>
		<b>Versión: 00</b>
		<b>Página X de X</b>

**PROCESO A EVALUAR:** \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE DE PROCESO:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

#### **1. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON EL PROCESO:**

---

---

**2. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL**

---

---

**3. MEDICIÓN DE COMPROMISOS**

INDICADOR	RESULTADO (%)	ANÁLISIS DEL RESULTADOS

**4. CONCLUSIONES.**

---

---

**5. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL.**

---

---

**6. RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO**

---

---

**11.1.3.5 Herramientas para la autoevaluación del control.**

	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL</b>	<b>Código: FOR-XXX-XX</b>
		<b>Versión: 00</b>
		<b>Página X de X</b>

Proceso:

Fecha:

---

---

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

- | <b>Valor</b> | <b>Descripción</b>             |
|--------------|--------------------------------|
| 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           |

No.	Afirmación	Descripción	Valoración
	<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>		
	<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>		
	<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>		<b>0</b>
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.		
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.		
	<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>		<b>0</b>
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.		
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Ético, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.		
5	Los procesos de re inducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.		

6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.		
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.		
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.		
<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			<b>0</b>
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.		
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.		
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.		
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.		
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			<b>0</b>
15	¿El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		
16	Los procedimientos documentados les han permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		

18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.		
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			<b>0</b>
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			<b>0</b>
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.		
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.		
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			<b>0</b>
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		
<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>			
<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>			<b>0</b>
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.		

28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.		
<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>			<b>0</b>
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.		
<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>			<b>0</b>
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.		
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.		
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.		
<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>			
<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>			
<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>			<b>0</b>
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.		
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.		
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.		
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.		
<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>			
<b>AUDITORIA INTERNA</b>			<b>0</b>
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		

38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.		
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.		
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.		
<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>			
<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>			<b>0</b>
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		
<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			<b>0</b>
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?		
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?		

46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.		
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.		
48	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.		
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			<b>0</b>
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.		
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.		
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.		
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)		
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.		
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			<b>0</b>
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.		
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.		

57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.		

Fuente Manual de implementación MECI 2005

**11.1.3.6 Mecanismo para recibir sugerencias y solicitudes de los funcionarios.**

	<b>SUGERENCIAS Y SOLICITUDES FUNCIONARIOS</b>	<b>Código: FOR-XXX-XX</b>
		<b>Versión: 00</b>
		<b>Página X de X</b>

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**FUNCIONARIO:** \_\_\_\_\_

**PROCESO:** \_\_\_\_\_

Marque con una X:

Sugerencia	<input type="checkbox"/>
Solicitud	<input type="checkbox"/>

**DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

C.C.

**DESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES A TOMAR:**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA

**SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES TOMADAS:**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA

**RETROALIMENTACIÓN:**

FECHA:

---

---

---

RESPONSABLE:

CARGO:

**11.1.3.7 Herramientas o protocolos de seguridad que permitan la conservación de la información contenida en archivos tipo Excel.**

	BACKUP	Código: FOR-XXX-XX
		Versión: 00
		Página X de X

PROCESO: \_\_\_\_\_

RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

SEMANA	EQUIPO	RESPONSABLE	FECHA	FIRMA	OBSERVACIONES
1					
2					
3					

4					
5					

**OBSERVACIONES.**

---



---

**11.1.4 Fase 4. Ejecución y seguimiento**

En esta fase se recomienda implementar las actividades y documentos propuestos en la Fase 3, y demás actividades que crean necesarias para para la los responsables de las actividades identificadas en la fase de planeación de la actualización deberán adelantar las acciones necesarias para ejecutarlas, para lo cual se recomienda implementar los documentos

Así mismo, las oficinas de Control Interno y Planeación o quien haga sus veces, deberán realizar seguimiento al cumplimiento de lo programado con la finalidad dar cumplimiento a las fechas establecidas durante la fase uno.

**11.1.5 Fase 5. Cierre**

Una vez cumplidas las actividades programadas, la oficina de control interno realizara revisión al cumplimiento de las mismas con la finalidad de determinar el grado de cumplimiento y el estado de madurez del Modelo, para luego, coordinar en conjunto con la oficina de Planeación o quien haga sus veces, la socialización de la actualización del Modelo Estándar de Control Interno de la Terminal de Transporte de Fusagasugá versión 2014 a todos los funcionario.

## 11.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La certificación del Sistema de Gestión de Calidad en la norma ISO 9001:2008 permite evidenciar que la Terminal de Transportes de Fusagasugá cumple en un alto grado con los requisitos establecidos en la norma NTC GP 1000:2009. Por lo anterior, si la Terminal de Transportes toma la decisión de certificar su Sistema de Gestión de Calidad en la norma NTC GP 1000:2009 deberá adelantar las siguientes acciones:

- Realizar una buena gestión del riesgo, que permita la implementación de controles efectivos y se realice seguimiento oportuno para la mitigación del riesgo, para lo cual debe:
  - Documentar y socializar la Política de Administración del Riesgo para la Terminal de Transportes.
  - Realizar evaluación y seguimiento a los mecanismos o acciones para prevenir o reducir el impacto de los riesgos identificados en los mapas de proceso.
  - Realizar divulgación de los mapas de riesgos a todos los integrantes de los procesos.
  - Realizar seguimiento a los controles establecidos para los riesgos en los mapas de riesgos.
- Incluir en el documento Código de Ética el principio de transparencia para que se desarrolle y se demuestre su aplicación y así dar cumplimiento a los principios establecidos en la norma NTC GP 1000:2009.
- Realizar medición y seguimiento de manera oportuna al Tablero de indicadores y Matriz de riesgos por proceso, con la finalidad que se cuente con la trazabilidad de la información y se evidencie la toma de decisiones a partir de los resultados obtenidos como la documentación de acciones de mejora.

- Realizar reuniones con los equipos de trabajo cuyo propósito sea involucrarlos en el análisis de los resultados de la medición de los indicadores de gestión para la toma de decisiones, así como en la revisión de la pertinencia de los mismos, en especial los que miden la Eficiencia y Efectividad.

## 12 CONCLUSIONES

- ✓ De acuerdo al indicador de madurez obtenido del 71%, el Modelo Estándar de Control Interno MECI en la Terminal de Transportes de Fusagasugá, respecto a su implementación se encuentra en un nivel SATISFACTORIO: El modelo de control interno se cumple, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de datos. Existen tendencia a mantener la mejora en los procesos. La entidad ha identificado los riesgos para la mayoría de sus procesos, pero no realiza una adecuada administración del riesgo.
- ✓ De acuerdo al indicador de madurez obtenido de 2.57% producto de la autoevaluación de los funcionarios, la percepción y apropiación del Modelo Estándar de Control Interno MECI en la Terminal de Transportes de Fusagasugá por parte de los funcionarios se encuentra en un nivel INTERMEDIO: El modelo de control interno se cumple, pero con deficiencias en cuanto a la documentación o a la continuidad y sistemática de su cumplimiento, o tiene una fidelidad deficiente con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias urgentemente, para que el sistema sea eficaz.
- ✓ La implementación y certificación del sistema de gestión de calidad en la norma ISO9001:2008, ha permitido garantizar el cumplimiento de los elementos que son comunes en ambos sistemas.
- ✓ Existe un alto desconocimiento por parte de los funcionarios en cuanto a la existencia y aplicabilidad de algunos elementos MECI como herramienta de control para lograr cumplir con los objetivos institucionales y el marco legal aplicable.

- ✓ Los funcionarios conocen los mecanismos de recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía, así como la información sobre la satisfacción de los usuarios.

## 13 RECOMENDACIONES

- ✓ Adelantar las acciones necesarias para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI 214, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 943 de 2014 y el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el estado Colombiano MECI 2014.
- ✓ Adelantar acciones para el fortalecimiento de los elementos MECI que se encuentran débiles en especial los siguientes: Desarrollo del Talento humano, Planes y Programas, Administración del Riesgo, Autoevaluación del Control y Gestión, Planes de Mejoramiento.
- ✓ En la auditoria interna de gestión tener en cuenta los elementos MECI con la finalidad que se evalúe la apropiación del modelo al interior de la Terminal.
- ✓ Fortalecer en los funcionarios la capacitación en el conocimiento del MECI así como la socialización de los resultados obtenidos por la terminal en sus diferentes procesos.

## 14 BIBLIOGRAFIA

1993 LEY 87. «ALCALDIA DE BOGOTA.» ALCALDIA DE BOGOTA. 29 de NOVIEMBRE de 1993.  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=300> (último acceso: 01 de 02 de 2016).

COBIT. s.f.  
[http://datateca.unad.edu.co/contenidos/233004/riesgos/leccin\\_9\\_estndar\\_cobit\\_para\\_analisis\\_y\\_evaluacin\\_de\\_riesgos\\_de\\_ti.html](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/233004/riesgos/leccin_9_estndar_cobit_para_analisis_y_evaluacin_de_riesgos_de_ti.html).

COSO. 1985-2015. <http://www.coso.org/aboutus.htm>.

Fusgasugá, Terminal de Transporte de. Manual de Calidad. Fusagasugá, 2014.

MECI . 2014.  
[http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive\\_publicaciones?no=2162](http://portal.dafp.gov.co/form/formularios.retrive_publicaciones?no=2162).

NTCGP 1000:2009. 2009. <http://apolo.uniatlantico.edu.co/SIG/NTC%20GP1000-2009.pdf>.

Teorías organizativas y los Sistemas de Control. « Teorías organizativas y los Sistemas de Control.» revista internacional legis de contabilidad y auditoria, 2005:  
<http://legal.legis.com.co/document?obra=rcontador&bookmark=bf17680752a7d9f404ce0430a010151404cnf9>.

Patricia Berbia, Evaluación eficaz del sistema de control Interno. Fundación de Investigaciones del Instituto de Auditores Internos.

[www.terminalfusagasuga.com](http://www.terminalfusagasuga.com)

[www.funcionpublica.gov.co](http://www.funcionpublica.gov.co)

[www.google.com.co/maps](http://www.google.com.co/maps)

[www.icontec.org/](http://www.icontec.org/)

## **ANEXOS**

ANEXO 1 AUTOEVALUACION DEL CONTROL

ANEXO 2 LISTA DE CHEQUEO MECI

ANEXO 3 LISTA DE CHEQUEO NTC GP1000 2009

ANEXO 4 DIAGNOSTICO MECI

ANEXO 5 CODIGO DE ETICA

ANEXO 6 MAPA DE PROCESOS

ANEXO 7 TABLERO DE INDICADORES DE GESTION

ANEXO 8 FOR GDE 01 HOJA DE VIDA DE INDICADOR

ANEXO 9 FOR GCM 25 POLITICA

ANEXO 10 FOR GDE 03 MATRIZ DE RIESGOS

ANEXO 11 PRO GDE 11 AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

ANEXO 12 PRO GDE 14 AUDITORIA INTERNA DE GESTION

ANEXO 13 PRO GDE 12 ELABORACION DE ACCIONES CORRECTIVAS

ANEXO 14 FOR GDE 08 SOLICITUD DE ACCION PREVENTIVA O CORRECTIVA

ANEXO 15 PRO GSC 01 ATENCION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

ANEXO 16 AUTOEVALUACION DEL CONTROL DILIGENCIADA

ANEXO 17 PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS

ANEXO 18 CONTROL DE REGISTROS

ANEXO 19 MANUAL DE CALIDAD

ANEXO 20 FOR GDE 04 PRODUCTO DE SERVICIO NO CONFORME

ANEXO 21 GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DAFP

## ANEXO 1 AUTOEVALUACION DE CONTROL



<b>MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO</b>
<b>TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA</b>
<b>AUTOEVALUACION DEL CONTROL</b>

Proceso  
:  
Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

- | 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           |

No.	Afirmación	Descripción	Valoración
	<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>		
	<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>		
	<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>		<b>0</b>

1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.		
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.		
<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>			<b>0</b>
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizadas y socializadas que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.		
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Ético, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.		
5	Los procesos de re inducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.		
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.		
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.		
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.		
<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			<b>0</b>
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.		
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.		

11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.		
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.		
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			<b>0</b>
15	¿El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		
16	Los procedimientos documentados les han permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.		
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			<b>0</b>
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		

21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			<b>0</b>
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.		
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.		
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			<b>0</b>
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		
<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>			
<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>			<b>0</b>
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.		
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.		
<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>			<b>0</b>
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.		

	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		<b>0</b>
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.		
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.		
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.		
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		<b>0</b>
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.		
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.		
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.		
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.		
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		<b>0</b>
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.		
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.		

40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.		
<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>			
<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>			0
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		
<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			0
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?		
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?		
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.		

47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.		
48	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.		
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			<b>0</b>
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.		
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.		
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.		
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)		
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.		
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			<b>0</b>
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.		
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.		

57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.		

ANEXO 2 LISTA DE CHEQUEO MECI Carpeta Magnética

ANEXO 3 LISTA DE CHEQUEO NTC GP1000 2009

**TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSGASUGA  
LISTA DE CHEQUEO NTCGP 1000:2009**

TITULO	NUMERAL	EVIDENCIAS
Sistema de Gestión de la Calidad	4	
Requisitos generales	4.1	
Gestión documental	4.2	
Generalidades	4,2,1	
Manual de la calidad	4,2,2	
Control de documentos	4,2,3	
Control de los registros	4,2,4	
Responsabilidad de la dirección	5	
Compromiso de la dirección	5.1	
Enfoque al cliente	5.2	

Política de la calidad	5.3	
Planificación	5.4	
Objetivos de la calidad	5,4,1	
Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad	5.42	.
Responsabilidad, autoridad y comunicación	5.5	
Responsabilidad y organizacional autoridad	5,5,1	
Representante de la dirección	5,5,2	
Comunicación interna	5,5,3	
Revisión por la dirección	5.6	
Generalidades	5,6,1	
Información de entrada para la revisión	5,6,2	
Resultados de la revisión	5,6,3	
Gestión de los recursos	6	
Provisión de recursos	6.1	
Talento humano	6.2	
Generalidades	6,2,1	
Competencia, toma de conciencia y formación	6,2,2	
Infraestructura	6.3	
Ambiente de trabajo	6.4	
Realización del producto y/o prestación del servicio	7	

Planificación de la realización del producto y/o prestación del servicio	7.1	
Procesos relacionados con el cliente	7.2	
Determinación de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	7,2,1	
Revisión de los requisitos relacionados con el producto y/o servicio	7,2,2	
Comunicación con el cliente	7,2,3	
Diseño y desarrollo	7.3	
Planificación del diseño y desarrollo	7,3,1	
Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	7,3,2	
Resultados del diseño y desarrollo	7,3,3	
Revisión del diseño y desarrollo	7,3,4	
Verificación del diseño y desarrollo	7,3,5	
Validación del diseño y desarrollo	7,3,6	
Control de los cambios del diseño y desarrollo	7,3,7	
Adquisición de bienes y servicios	7.4	
Proceso de adquisición de bienes y servicios	7,4,1	
Proceso de adquisición de bienes y servicios	7,4,2	
Información de la adquisición de bienes y servicios	7,4,3	

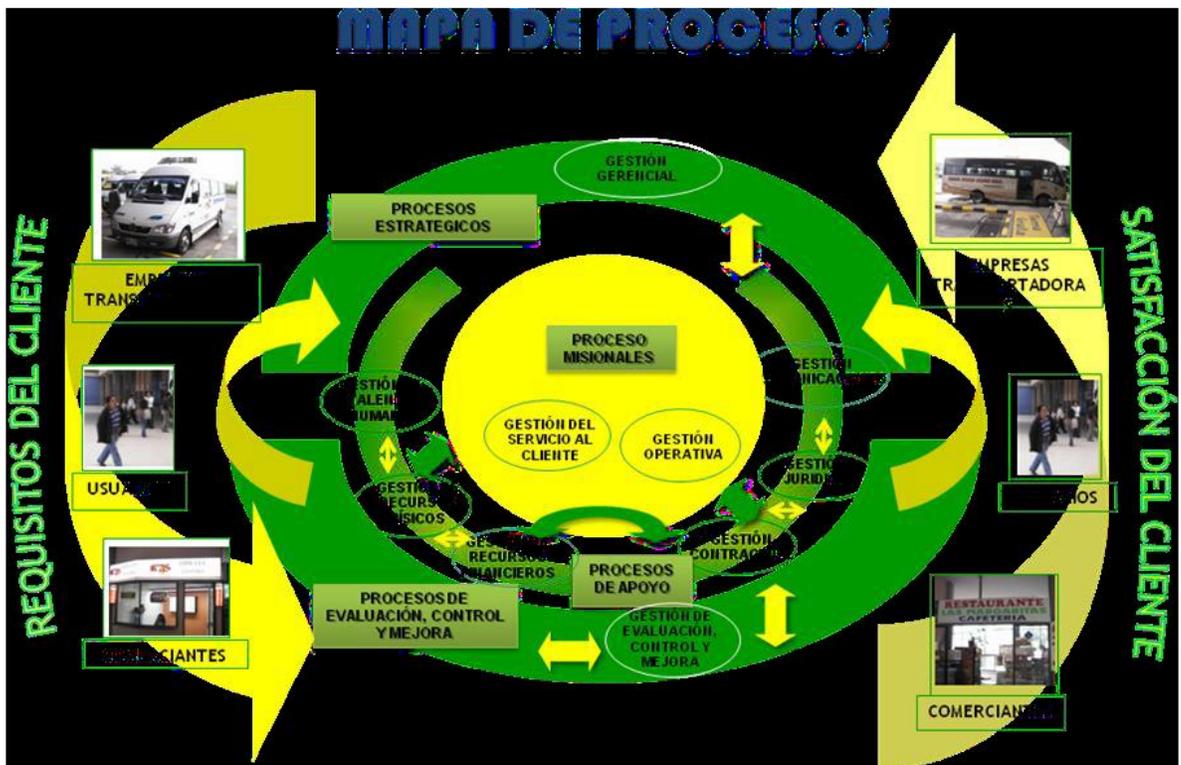
Verificación de los productos y/o servicios contratados	7.5	
Producción y prestación del servicio	7,5,1	
Control de la producción y de la prestación del servicio	7,5,2	
Validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio	7,5,3	
Identificación y trazabilidad	7,5,4	
Propiedad del cliente		
Preservación del producto	7,5,5	
Control de los equipos de seguimiento y de medición	7,6	
Medición, análisis y mejora	8	
Generalidades	8,1	
Seguimiento y medición	8.2	
Satisfacción del cliente	8,2,1	
Auditoría interna	8,2,2	
Seguimiento y medición de los procesos	8,2,3	
Seguimiento y medición del producto y/o servicio	8.24	
Control del producto y/o servicio no conforme	8.3	

Análisis de datos	8.4	
Mejora	8.5	
Mejora continua	8,5,1	
Acción correctiva	8,5,2	
Acción preventiva	8,5,3	

ANEXO 4 DIAGNOSTICO MECI Carpeta Magnética

ANEXO 5 CODIGO DE ETICA Carpeta Magnética

ANEXO 6 MAPA DE PROCESOS



ANEXO 7 TABLERO DE INDICADORES DE GESTION Carpeta Magnética

ANEXO 8 FOR GGE 01 HOJA DE VIDA DE INDICADOR Carpeta Magnética

- ANEXO 9 FOR GCM 25 POLITICA DE OPERACION Carpeta Magnética
- ANEXO 10 FOR GDE 03 MATRIZ DE RIESGOS Carpeta Magnética
- ANEXO 11 PRO GDE 11 AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD Carpeta Magnética
- ANEXO 12 PRO GDE 14 AUDITORIA INTERNA DE GESTION Carpeta Magnética
- ANEXO 13 PRO GDE 12 ELABORACION DE ACCIONES CORRECTIVAS Carpeta Magnética
- ANEXO 14 FOR GDE 08 SOLICITUD DE ACCION PREVENTIVA O CORRECTIVA Carpeta Magnética
- ANEXO 15 PRO GSC 01 ATENCION DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS Carpeta Magnética
- ANEXO 16 AUTOEVALUACION DEL CONTROL DILIGENCIADA Carpeta Magnética
- ANEXO 17 PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS Carpeta Magnética
- ANEXO 18 CONTROL DE REGISTROS Carpeta Magnética
- ANEXO 19 MANUAL DE CALIDAD Carpeta Magnética
- ANEXO 20 FOR GDE 04 PRODUCTO DE SERVICIO NO CONFORME Carpeta Magnética
- ANEXO 21 GUÍA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DAFP



## **CÓDIGO DE ÉTICA**

**DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS VALORES Y  
PROCEDERES ÉTICOS DE LOS SERVIDORES  
PÚBLICOS Y/O CONTRATISTAS DE LA  
TERMINAL DE TRANSPORTES DE  
FUSAGASUGÁ E.I.C.E.**



## ÍNDICE

Presentación	3
Ámbito de aplicación	5
Principios éticos	6
Valores éticos	7
Directrices éticas	10
Glosario	13



## PRESENTACIÓN

Para llevar a cabo con éxito los programas y planes de la Terminal de Transporte de Fusagasugá E.I.C.E., así como para garantizar, que la aplicación de los mismos se dé invariablemente en un marco de transparencia y honradez, se requiere difundir y fortalecer una cultura que impulse una gestión eficaz, honesta y responsable, basada en el compromiso y la integridad de todos aquellos que colaboran en ella.

Con tal propósito, es necesario manifestar los principios y valores éticos que orientan las acciones de la Terminal y los compromisos de conducta, tanto en el entorno empresarial como de parte de sus empleados y personas que trabajan o presten sus servicios a la Terminal, dejando explícito el sentido ético de su Misión.

El presente Código de Ética se expresa como un compromiso público para contribuir y fortalecer hacia una nueva cultura institucional, orientada hacia el desarrollo sostenible, con responsabilidad social por nuestros miembros, en los escenarios de actuación para hacer valer sus principios en las prácticas cotidianas.

El respeto y el acatamiento a éste Código de Ética en la Terminal, contribuirán a que la labor de sus empleados y personas que trabajan o presten sus servicios en ella, enmarquen su conducta dentro de un



comportamiento ético, que contribuya a hacerle frente a la indiferencia, el individualismo, la apatía y la ausencia de sentido de pertenencia. Consolidando nuestras relaciones como una gran familia, acrecentando nuestros valores y virtudes lo cual incidirá positivamente en nuestro comportamiento como ciudadanos y servidores públicos responsables de formar una sociedad más digna y justa.

**JOSÉ RICARDO RODRÍGUEZ DÍAZ**

Gerente General



## ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este Código de Ética, rige el comportamiento individual y colectivo que deben observar los servidores públicos y contratistas de la Terminal de Transporte de Fusagasugá E.I.C.E., en el cumplimiento de sus obligaciones y en el ejercicio de las atribuciones, facultades y funciones, que les fijan la Constitución, la Ley y demás normas vigentes.

El objetivo primordial del Código de Ética, es orientar a la Terminal como una organización integral y a cada uno de sus integrantes, a desarrollar su función pública, interiorizando principios, valores y procederes éticos, que promuevan la vocación de servicio, orientada hacia el desarrollo sostenible, con responsabilidad social por nuestros miembros, en los escenarios de actuación para hacer valer sus principios en las prácticas cotidianas.



## **PRINCIPIOS ÉTICOS:**

Los siguientes principios éticos representan las creencias básicas sobre la forma correcta en la cual los servidores públicos y/o contratistas de la Terminal de Transporte de Fusagasugá, se relacionan con sus compañeros, con los clientes y con las partes interesadas, así:

## **LA TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGÁ**

1. Orienta sus acciones hacia la optimización del tránsito y tráfico de la Terminal y en la zona de influencia, en pro de la satisfacción de los usuarios y de las Empresas de Transporte de Pasajeros Urbanas e Intermunicipales.
2. Dedicar sus esfuerzos al ejercicio del control administrativo y operativo de las diferentes actividades de Tránsito, Tráfico y Transporte de servicio público municipal e intermunicipal de pasajeros de las empresas urbanas e intermunicipales, con espíritu de servicio, calidad y óptimos resultados.
3. Actúa bajo claros lineamientos éticos que le permiten el desarrollo personal y empresarial.
4. Promueve el mejoramiento de la gestión y la formulación de nuevos proyectos de negocio, en beneficio de la comunidad, siendo reconocidos como el gran enlace estratégico del servicio de pasajeros en el corredor vial del sur del departamento de Cundinamarca.

**VALORES ETICOS:**

Los servidores públicos y/o contratistas de la Terminal se comprometen a orientar su trabajo bajo los siguientes valores:

**RESPONSABILIDAD:**

Cumplir los deberes y obligaciones en forma ágil y oportuna, asumiendo y aceptando las consecuencias de nuestros actos en beneficio de la Terminal.

**RESPECTO:**

Valorar y aceptar los derechos intereses y sentimientos de otros en las relaciones interpersonales para el logro de un óptimo clima organizacional y misional.

**HUMILDAD:**

Reconocimiento de nuestras debilidades, cualidades y capacidades aprovechándolas para obrar en bien de los demás. El éxito en el servicio proviene de la tolerancia y la sociabilidad para adaptarnos a un grupo de personas; cuanto más humildes mayores logros obtendremos.

**HONESTIDAD:**

Es actuar con rectitud, sinceridad, transparencia y legalidad en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales que enmarcan nuestro comportamiento dentro del respeto hacia mí y a los demás que conlleven al mejoramiento continuo de la Terminal.

**JUSTICIA:**

Dar a cada quien lo que le corresponde de acuerdo a sus meritos y actos en cumplimiento de los deberes y derechos personales.

**COMPROMISO:**

Conocer y cumplir con empeño, profesionalismo y sentido de pertenencia los deberes y obligaciones; desarrollando a cabalidad las funciones de acuerdo a las políticas institucionales.

**LEALTAD:**

Guardar con fidelidad los principios legales y las directrices institucionales enmarcados en la moral como condición de cada persona en la realización de sus actos.

**TRABAJO EN EQUIPO:**

Compromiso institucional mediante actitud de participación, colaboración, comunicación y adaptación en el cumplimiento de los objetivos comunes.

**MORAL:**

Siendo principio de la conducta y comportamiento del ser humano dentro de la organización, la moralidad debe ser un compromiso constante en la intención de las personas que conforman la Terminal, teniendo en cuenta la ética en cada una de sus acciones.



**SERVICIO:**

Debe ser orientado a la calidad total mediante el compromiso de todos los integrantes de la empresa como razón principal la satisfacción al cliente, por conductas que conlleven al interés general con fines de alcanzar una verdadera ética de responsabilidad.



## **PROCEDERES ÉTICOS:**

Cuando existen valores comunes que se unen a una Misión Institucional e igualmente, están dirigidos por **PRINCIPIOS ORGANIZACIONALES** claramente identificados, el resultado obtenido es el desarrollo personal y empresarial.

1. Proceder del Servidor Público y/o Contratista con relación al ejercicio de su trabajo. Los servidores públicos y/o contratistas de la Terminal de transportes de Fusagasugá E.I.C.E., en desarrollo de las funciones asignadas, deberán aplicar y cumplir los siguientes procederes éticos:
  - a. Los servidores públicos y/o contratistas, desarrollarán su trabajo con rectitud, sentido profesional, dedicación, compromiso, honestidad y sentido de pertenencia por la empresa.
  - b. Los servidores públicos y/o contratistas deberán utilizar el tiempo laboral en un esfuerzo responsable para cumplir con sus obligaciones, de manera que el desempeño sea eficiente y eficaz.
  - c. Los servidores públicos y/o contratistas aportarán el conocimiento y esfuerzo necesario para el cumplimiento de objetivos y metas institucionales cuando así lo amerite la necesidad del servicio.
  - d. Velar por el buen nombre de la empresa al interior y fuera de ella.
  - e. Proteger los bienes de la Terminal y evitar la utilización de estos para fines distintos para lo cual fueron asignados.



2. Proceder del servidor público y/o contratista con relación al ejercicio de la Terminal de Transportes de Fusagasugá E.I.C.E.

- a. Las relaciones dentro de la Terminal se fundamentarán en el respeto, sin hacer ningún tipo de discriminación, tomando como base la cortesía, la puntualidad, el buen trato y el compromiso.
- b. Los servidores públicos y/o contratistas de la Terminal, no aceptarán ninguna clase de recompensa u obsequios ofrecidos para el beneficio propio o de terceros.
- c. Los servidores públicos y/o contratistas, deben prestar servicios con calidad, veracidad, oportunidad, eficiencia y eficacia, que redunde en el bienestar de la Terminal.
- d. Las declaraciones a nombre de la empresa las hará sólo el Gerente, o quien él delegue.

3. Proceder del servidor público y/o contratista con respecto a sus relaciones externas.

- a. Las relaciones entre los directivos y demás servidores y/o contratistas, se deben basar en el respeto, aunando esfuerzos y poniendo todo el empeño para cumplir con las expectativas de los clientes y usuarios.
- b. Evitar hechos que pongan en peligro la integridad y seguridad de la Terminal, de los usuarios y de los empleados.
- c. Toda inversión que ejecute la Terminal debe estar precedida por criterios de garantía, calidad, seguridad, protección, precio y rentabilidad.
- d. Es deber de los servidores y/o contratistas actuar responsablemente.



- e. En situación de conflicto de intereses no se obtendrá beneficio personal o a favor de terceros a costa de la Terminal.
- f. Como ciudadanos, los servidores y contratistas de la Terminal, darán ejemplo en la observancia de sus deberes cívicos, sociales y políticos, de participación, solidaridad y colaboración.



## GLOSARIO

**CÓDIGO DE ÉTICA.** Es el documento de referencia para gestionar la ética en el día a día de la Terminal. Ésta conformado por los principios, valores y procederes éticos, que todo servidor público y contratista de la Terminal, debe observar en el ejercicio de su función administrativa.

**COMITÉ DE ÉTICA.** Es la instancia organizacional encargada de promover y liderar el proceso de interiorización, aplicación y seguimiento del Código de Ética.

**DIRECTRICES ÉTICAS.** Son orientaciones acerca de cómo debe relacionarse la Terminal con un sistema o grupo de interés específico para la puesta en práctica del respectivo valor al que hace referencia la directriz.

**ÉTICA.** Es el conjunto de principios, valores y normas del fuero interno que guían las conductas de las personas en su interacción social.

**PRINCIPIOS ÉTICOS.** Son las normas internas y las creencias básicas sobre las formas correctas cómo debemos relacionarnos con los otros y con el mundo, desde las cuales se erige el sistema de valores al cual la persona o los grupos se adscriben.

**VALORES ÉTICOS.** Son aquellas formas de ser y de actuar de las personas, que son altamente deseables como atributos o cualidades propias y de los demás, por cuanto posibilitan la construcción de una convivencia gratificante en el marco de la dignidad humana<sup>1</sup>

---

**FUENTE:** Estos conceptos se tomaron del Modelo de Gestión Ética para Empresas del Estado elaborado por la USAID con el fin de unificar criterios con todas las Empresas del Estado colombiano. También fue utilizado el Código de Ética de la Contraloría General de la República de Colombia. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española DRAE.<sup>1</sup>



## Matriz Indicadores de Gestión vs Objetivos de Calidad

Código: FOR-GGE-03

Versión: 03

Página 1 de 3

Página _____ de _____	<b>Tablero de Mando Integral</b>												
	A LARGO PLAZO: 2 AÑOS	A MEDIANO PLAZO: 1 AÑO	CONTROL Y SEGUIMIENTO	A CORTO PLAZO: PLANES OPERATIVOS	INFORME DE GESTION				SENALES DE ALARMA			RESULTADO SEÑAL DE ALARMA	HOJA DE VIDA INDICADOR
	PERSPECTIVA	OBJETIVO DE	FACTOR	OBJETIVO	NOMBRE Y NIVEL	RESPONSABLE	DOCUMENTO	CATEGORIA	VERDE	AMARILLO	ROJO		
	BALANCED SCORECARD	CALIDAD	O FORMULA	DE APALANCAMIENTO	DEL PROCESO	PROCESO	ANEXO	DE INDICADOR					
<b>Satisfacción del Cliente</b>	<b>Satisfacer las necesidades de los clientes de la terminal</b>	<p>Conocer el nivel de satisfacción y percepción de los clientes de la terminal</p> <p><b>Meta: 40 puntos</b></p> <p>Periodicidad: <b>Semestralmente</b></p>	<p><b>1</b></p> <p>Total puntaje evaluación de satisfacción</p>	<p>Aplicar y tabular las encuestas de satisfacción a los clientes de la Terminal</p>	<p>Proceso Servicio al Cliente</p> <p>Nivel Misional</p>	<p>Lider del Proceso de GSC</p>	<p>Informe de percepción del cliente Encuestas</p>	<p>Efectividad</p>	<p>Entre 40 y 30</p>	<p>Entre 29 y 20</p>	<p>Entre 19 y 0</p>		Indicador No.1
		<p>Atender las quejas y reclamos de los clientes de la Terminal</p> <p><b>Meta: 75%</b></p> <p>Periodicidad: <b>Mensual</b></p>	<p><b>2</b></p> <p>quejas y reclamos recepcionados quejas y reclamos tramitados X 100</p>	<p>Realizar el tramite respectivo sobre las quejas y reclamos de los clientes de la Terminal</p>	<p>Proceso Servicio al Cliente</p> <p>Nivel Misional</p>	<p>Lider del Proceso de GSC</p>	<p>Quejas y reclamos</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	100%	Indicador Nº 02
		<p>Conocer la efectividad de las respuestas dadas a nuestros clientes</p> <p><b>Meta: 75%</b></p> <p>Periodicidad: <b>Bimensual</b></p>	<p><b>3</b></p> <p><math>\frac{\text{numero de quejas tramitadas}}{\text{numero de quejas solucionadas}} \times 100</math></p>	<p>Realizar el tramite respectivo sobre la efectividad de las respuestas dadas a nuestros clientes</p>	<p>Proceso Servicio al Cliente</p> <p>Nivel Misional</p>	<p>Lider del Proceso de GSC</p>	<p>Quejas y reclamos</p>	<p>Efectividad</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>		Indicador No.03
		<p>Tasas de Uso expedidas Incorrectamente</p> <p><b>Meta: 0%</b></p> <p>Periodicidad: <b>Mensual</b></p>	<p><b>4</b></p> <p><math>\frac{\text{No. Tasas anuladas}}{\text{elevado a la centena}} \times \frac{\text{No. Tasas Expedidas}}{\text{No. Tasas Expedidas}}</math></p>	<p>Detectar, tramitar y cerrar los servicios no conformes prestados por la Terminal</p>	<p>Proceso Gestión Operativa</p> <p>Nivel Misional</p>	<p>Coordinador Operativo</p>	<p>Software Condalco Producto no conforme</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Entre 1% a 0.19%</p>	<p>Entre 0.20% a 0.99%</p>	<p>1% en adelante</p>	0,12%	Indicador No.04
		<p>Mantener el promedio de movimiento de pasajeros</p> <p><b>Meta: -2%</b></p> <p>Periodicidad: <b>Mensual</b></p>	<p><b>5</b></p> <p><math>\frac{\text{Diferencia de lo ejecutado}}{\text{se eleva a la centena}} \times \frac{\text{año anterior}}{\text{año anterior}}</math></p>	<p>Analizar el movimiento de pasajeros buscando fortalecer la satisfacción del cliente</p>	<p>Proceso Gestión Operativa</p> <p>Nivel Misional</p>	<p>Coordinador Operativo</p>	<p>Informe de Gestión</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Entre -2% a -3%</p>	<p>Entre -3.1% a -5.99%</p>	<p>-6% en adelante</p>	-1%	Indicador No.05
		<p>Medir la Percepción de los clientes frente al nivel de confianza y seguridad en la terminal</p> <p><b>Meta: 40 puntos</b></p> <p>Periodicidad: <b>Semestralmente</b></p>	<p><b>6</b></p> <p>Total puntaje evaluación de satisfacción</p>	<p>Aplicar y tabular las encuestas de satisfacción a los clientes de la Terminal</p>	<p>Proceso Gestión Operativa</p> <p>Nivel Misional</p>	<p>Coordinador Operativo</p>	<p>Encuestas de Satisfacción</p>	<p>Efectividad</p>	<p>Entre 40 y 30</p>	<p>Entre 29 y 20</p>	<p>Entre 19 y 0</p>		Indicador No. 06
<b>Presupuesto</b>	<b>buen uso de los recursos físicos y financieros</b>	<p>Medir el recaudo total mensual vs metas propuestas (presupuesto total)</p> <p><b>Meta: 100%</b></p> <p>Periodicidad: <b>Mensual</b></p>	<p><b>7</b></p> <p><math>\frac{\text{Recaudado Total}}{\text{Presupuesto Total}} \times 100</math></p>	<p>Evaluar y analizar el recaudo total vs el presupuesto de ingresos</p>	<p>Proceso Gestión Recursos Financieros</p> <p>Nivel Apoyo</p>	<p>Tecnico Administrativo</p>	<p>Ejecución Activa</p>	<p>Efectividad</p>	<p>Entre 100% - 95%</p>	<p>Entre 94% - 90%</p>	<p>Entre 89% - 0%</p>	100%	Indicador Nº 07
		<p>Medir la ejecución del presupuesto de Gastos</p> <p><b>Meta: 100%</b></p> <p>Periodicidad: <b>Trimestral</b></p>	<p><b>8</b></p> <p><math>\frac{\text{Gastos apropiados}}{\text{Presupuesto de Gastos total}} \times 100</math></p>	<p>Evaluar el direccionamiento de la apropiación de los recursos del presupuesto de gastos</p>	<p>Proceso Gestión Recursos Financieros</p> <p>Nivel Apoyo</p>	<p>Tecnico Administrativo</p>	<p>Ejecución Pasiva</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	57%	Indicador No. 08
		<p>Razón Corriente</p> <p><b>Meta: \$1,5</b></p> <p>Periodicidad: <b>Mensual</b></p>	<p><b>9</b></p> <p><math>\frac{\text{Activo Corriente}}{\text{Pasivo Corriente}}</math></p>	<p>Medir la liquidez que posee la Terminal de Transportes de Fusagasugá para responder con las obligaciones en el corto plazo, y representar cuantos pesos se tienen en el activo corriente para responder por cada peso del pasivo corriente.</p>	<p>Proceso Gestión Recursos Financieros</p> <p>Nivel Apoyo</p>	<p>Contador Externo Tecnico Administrativo</p>	<p>Balance General</p>	<p>Eficiencia</p>	<p>Entre \$1.5 - \$1.3</p>	<p>Entre \$1.2 - \$1</p>	<p>Entre -\$1</p>	6%	Indicador No. 09
		<p>Indice de Endeudamiento</p> <p><b>Meta: 25%</b></p> <p>Periodicidad: <b>Mensual</b></p>	<p><b>10</b></p> <p><math>\frac{\text{Total Pasivo}}{\text{Total Activo}} \times 100</math></p>	<p>Medición de capacidad de endeudamiento</p>	<p>Proceso Gestión Recursos Financieros</p> <p>Nivel Apoyo</p>	<p>Contador Externo Tecnico Administrativo</p>	<p>Balance General</p>	<p>Eficiencia</p>	<p>Entre 1% - 25%</p>	<p>Entre 26% - 39%</p>	<p>Entre 40% - 50%</p>	31%	Indicador No. 10
		<p>Evaluar el cumplimiento del mantenimiento programado a la infraestructura</p> <p><b>Meta: 75%</b></p> <p>Periodicidad: <b>Mensual</b></p>	<p><b>11</b></p> <p><math>\frac{\text{cronograma de mantenimiento ejecutado}}{\text{cronograma de mantenimiento programado}} \times 100</math></p>	<p>Ejecutar y evaluar el cronograma de mantenimiento programado a la infraestructura</p>	<p>Proceso Gestión Recursos Fisicos</p> <p>Nivel Apoyo</p>	<p>Técnico Administrativo</p>	<p>Cronograma de Mantenimiento Infraestructura</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	71,4%	Indicador No. 11
		<p>Evaluar el cumplimiento del mantenimiento programado a los equipos</p>	<p><b>12</b></p> <p><math>\frac{\text{cronograma de mantenimiento ejecutado}}{\text{cronograma de mantenimiento programado}} \times 100</math></p>	<p>Ejecutar y evaluar el cronograma de mantenimiento programado a los equipos</p>	<p>Proceso Gestión Recursos Fisicos</p>	<p>Técnico Administrativo</p>	<p>Cronograma de mantenimiento</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	50%	Indicador Nº12

Página _____ de _____		TABLERO DE MANDO INTEGRAL											RESULTADO SEÑAL DE ALARMA	HOJA DE VIDA INDICADOR
A LARGO PLAZO: 2 AÑOS		A MEDIANO PLAZO: 1 AÑO		CONTROL Y SEGUIMIENTO	A CORTO PLAZO: PLANES OPERATIVOS		INFORME DE GESTION			SENALES DE ALARMA				
PERSPECTIVA	OBJETIVO DE	OBJETIVO DE RESULTADO	FACTOR O FORMULA	OBJETIVO DE APALANCAMIENTO	NOMBRE Y NIVEL DEL PROCESO	RESPONSABLE PROCESO	DOCUMENTO ANEXO	CATEGORIA DE INDICADOR	VERDE	AMARILLO	ROJO			
BALANCED SCORECARD	CALIDAD													
		<p>Meta: 75% Periodicidad Mensual</p>	<p>1 cronograma de mantenimiento programado X 100</p>		<p>Nivel Apoyo</p>		de equipos							
		<p>Indice de Contratos Celebrados</p> <p>Meta: 75% Periodicidad Mensual</p>	<p>13 Estudios de Necesidad Radicados Contratos Elaborados X 100</p>	<p>Verificar la elaboración de contratos celebrados en la Terminal de Transportes de Fusagasugá</p>	<p>Proceso Gestión Contractual</p> <p>Nivel Apoyo</p>	<p>Técnico Administrativo</p>	<p>Contratos Celebrados</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	<p>100%</p>	<p>Indicador N°13</p>	
		<p>Evaluar el plan de contratación de adquisición de bienes y servicios</p> <p>Meta: 75% Periodicidad Trimestralmente</p>	<p>14 Plan de contratación de adquisición de bienes y servicios ejecutado Plan de contratación de adquisición de bienes y servicios programado X 100</p>	<p>Ejecutar y evaluar el plan de contratación de bienes y servicios de la Terminal</p>	<p>Proceso Gestión Contractual</p> <p>Nivel Apoyo</p>	<p>Técnico Administrativo</p>	<p>Plan de Compras</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	<p>50,4%</p>	<p>Indicador N°14</p>	
		<p>Evaluar plan de mejoramiento del Sistema de Gestión de la Calidad y del Sistema de Control Interno</p> <p>Meta: 75% Periodicidad Mensual</p>	<p>15 Total no conformidades cerradas Total de no conformidades X 100</p>	<p>Detectar, analizar y cerrar las no conformidades del Sistema de Gestión de la Calidad y del Sistema de Control Interno de la Terminal</p>	<p>Proceso Gestión Evaluación control y Mejora</p> <p>Nivel Evaluación</p>	<p>Coordinador de Calidad y Control Interno</p>	<p>Plan de Mejoramiento</p>	<p>Eficiencia</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	<p>86,95%</p>	<p>Indicador N°15</p>	
		<p>Cumplimiento del Programa de Auditorías Internas de calidad y de Control Interno</p> <p>Meta: 75% Periodicidad Mensual</p>	<p>16 Auditorías internas realizadas Auditorías internas planeadas X 100</p>	<p>Realizar el seguimiento al cumplimiento de la ejecución de las auditorías internas de calidad y control interno de la Terminal.</p>	<p>Proceso Gestión Evaluación control y Mejora</p> <p>Nivel Evaluación</p>	<p>Coordinador de Calidad y Control Interno</p>	<p>Programa de Auditorías</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	<p>100%</p>	<p>Indicador N°16</p>	
		<p>Cumplimiento a la elaboración del informe de revisión por la Alta Dirección</p> <p>Meta: 75% Periodicidad Anual</p>	<p>17 Informe de revisión por la dirección revisado Informe de revisión por la dirección elaborado X 100</p>	<p>Coordinar, dirigir y revisar el Sistema de Gestión de la Calidad para su mejora continua</p>	<p>Proceso Gestión Gerencial</p> <p>Nivel Estratégico</p>	<p>Gerente General</p>	<p>Informe de Revisión por la Dirección</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	<p>100%</p>	<p>Indicador N°17</p>	
		<p>Evaluar la gestión institucional</p> <p>Meta: 75% Periodicidad Mensual</p>	<p>18 No. de informes presentados / No. de Informes revisados X 100</p>	<p>Realizar seguimiento a los indicadores de gestión en informes mensuales de todos los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Terminal</p>	<p>Proceso Gestión Gerencial</p> <p>Nivel Estratégico</p>	<p>Gerente General</p>	<p>Informes de Gestión</p>	<p>Eficacia</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	<p>100%</p>	<p>Indicador N°18</p>	
		<p>Aplicación de tablas de retención documental</p> <p>Meta: 75% Periodicidad Mensual</p>	<p>19 Actividades Ejecutadas / Actividades programadas x100</p>	<p>Este indicador mide el nivel de aplicación de las Tablas de Retención documental en cada uno los procesos verificando el cumplimiento de las mismas</p>	<p>Proceso Gestión de Comunicaciones</p> <p>Nivel Apoyo</p>	<p>Secretaria Ejecutiva</p>	<p>Cronograma de trabajo</p>	<p>Efectividad</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	<p>100%</p>	<p>Indicador N°19</p>	
		<p>Recursos Invertidos en Medios de Comunicación</p> <p>Meta: 75% Periodicidad Trimestralmente</p>	<p>20 Recursos invertidos * 100 / Recursos asignados</p>	<p>Calcular el nivel de inversión en medios tecnológicos y de comunicación.</p>	<p>Proceso Gestión de Comunicaciones</p> <p>Nivel Apoyo</p>	<p>Secretaria Ejecutiva</p>	<p>Facturas de Compra</p>	<p>Eficiencia</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	<p>100%</p>	<p>Indicador N°20</p>	
		<p>Evaluar el pasivo contingente de los procesos en contra de la Terminal</p> <p>Meta: 75% Periodicidad Mensual</p>	<p>21 No. de procesos en contra valorados / No. de procesos en contra X 100</p>	<p>Realizar la evaluación del pasivo contingente de cada uno de los procesos en contra de la Terminal</p>	<p>Proceso Gestión Jurídica</p> <p>Nivel Apoyo</p>	<p>Gerente Asesor Jurídico</p>	<p>Procesos Jurídicos</p>	<p>Efectividad</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	<p>100%</p>	<p>Indicador N°21</p>	
		<p>Establecer acreedores que adeudan a la Terminal e iniciar procesos jurídicos</p> <p>Meta: 75% Periodicidad Mensual</p>	<p>22 Numero de Acreedores que le adeudan a la Terminal /No. de procesos iniciados</p>	<p>Iniciar los procesos jurídicos pertinentes de acuerdo a los acreedores que le adeuden a la Terminal</p>	<p>Proceso Gestión Jurídica</p> <p>Nivel Apoyo</p>	<p>Tesorero General Asesor Jurídico</p>	<p>Procesos Jurídicos</p>	<p>Efectividad</p>	<p>Entre 75% - 70%</p>	<p>Entre 69% - 60%</p>	<p>Entre 59% - 0%</p>	<p>100%</p>	<p>Indicador N°22</p>	
		<p>Evasión de Tasa de Uso</p> <p>Meta: 2%</p>	<p>23 vehículos detectados elevado a la centena /vehículos despachados</p>	<p>Detectar los vehículos que evaden la tasa de uso</p>	<p>Proceso Gestión Operativa</p>	<p>Coordinador Operativo</p>	<p>Planillas de</p>	<p>Eficiencia</p>	<p>Entre 0% a 2,99%</p>	<p>Entre 3% a 4,99%</p>	<p>5% en Adelante</p>	<p>1,5%</p>	<p>Indicador N°23</p>	

Procesos Internos

Asegurar la sostenibilidad y mejora del sistema de gestión de la calidad promoviendo el trabajo en equipo

Página _____ de _____	TABLERO DE MANDO INTEGRAL															
	A LARGO PLAZO: 2 AÑOS		A MEDIANO PLAZO: 1 AÑO		CONTROL Y SEGUIMIENTO	A CORTO PLAZO: PLANES OPERATIVOS		INFORME DE GESTION			SENALES DE ALARMA			RESULTADO SEÑAL DE ALARMA	HOJA DE VIDA INDICADOR	
PERSPECTIVA	OBJETIVO DE		OBJETIVO		FACTOR	OBJETIVO		NOMBRE Y NIVEL	RESPONSABLE	DOCUMENTO	CATEGORIA	VERDE	AMARILLO	ROJO		
BALANCED SCORECARD	CALIDAD		DE RESULTADO		O FORMULA	DE APALANCAMIENTO		DEL PROCESO	PROCESO	ANEXO	DE INDICADOR					
					1			Nivel Misional		Control						
			Optimizar el control operativo buscando fortalecer la expedición de Tasa de Uso	Meta: 2% Periodicidad: Mensual	24 La diferencia del comparativo elevado a la centena / No. Tasas expedidas en	Medir el crecimiento de las Tasas de Uso expedidas	Proceso Gestión Operativa Nivel Misional	Coordinador Operativo	Software Condalco	Eficiencia	Entre 0% a 5%	Entre -0.1% a -4.99%	-5% en adelante	-2%	Indicador N°24	
			Cumplimiento del Plan de Capacitación	Meta: 75% Periodicidad Trimestral	25 (N° capacitaciones ejecutadas / N° capacitaciones planeadas)*100%	Medir el porcentaje de capacitaciones ejecutadas frente a las capacitaciones planeadas en el programa anual de capacitaciones además el número de beneficiados de estas.	Proceso Gestión Talento Humano Nivel Apoyo	Coordinador Talento Humano	Plan de Capacitación	Eficacia	Entre 75% - 70%	Entre 69% - 60%	Entre 59% - 0%	60%	Indicador N° 25	
			Cumplimiento del panorama de Riesgos	Meta: 75% Periodicidad Trimestral	26 (Aspectos cumplidos / Aspectos evaluados) * 100%	Medir el nivel de cumplimiento de las inspecciones realizadas a los riesgos ocupacionales	Proceso Gestión Talento Humano Nivel Apoyo	Coordinador Talento Humano	Panorama de Riesgos	Eficacia	Entre 75% - 70%	Entre 69% - 60%	Entre 59% - 0%	75%	Indicador N° 26	
			Evaluar el nivel de desempeño de los funcionarios	Meta: 5 puntos Periodicidad: Anual	27 (Total de resultados de comportamientos / Total Numero de Comportamiento)	Realizar la evaluación de desempeño a todos los funcionarios de la terminal	Proceso Gestión Talento Humano Nivel Apoyo	Coordinador Talento Humano	Informe evaluación de desempeño	Efectividad	3,6 a 5 Puntos	2,6 a 3,59 puntos	0 a 2,59 puntos	4%	Indicador N°27	





<a href="#">Matriz Estratégica</a>
--



## POLITICA DE OPERACIÓN

Código: FOR-GCM-25

Versión: 00

Página 1 de 3

### 1. DEFINICION DE POLITICA

### 2. INDICADOR DEL DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO RELACIONADO CON LA POLITICA

### 3. ANTECEDENTES

### 4. MARCO CONCEPTUAL

DOCUMENTO CONTROLADO



## POLITICA DE OPERACIÓN

Código: FOR-GCM-25

Versión: 00

Página 2 de 3

### 5. MARCO LEGAL

### 6. OBJETIVO DE CALIDAD CON EL QUE SE RELACIONA LA POLITICA

### 7. OBJETIVO GENERAL

### 8. OBJETIVOS ESPECIFICOS

### 9. CAMPO DE APLICACIÓN

### 10. ESTRATEGIAS

### 11. PROCESO QUE LIDERA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA POLITICA



## POLITICA DE OPERACIÓN

Código: FOR-GCM-25

Versión: 00

Página 3 de 3

### 12. RESPONSABLES DE ACATARLA (PROCESOS INVOLUCRADOS EN EL CUMPLIMIENTO)

### 13. APROBACION

Fecha de elaboración: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:
Cargo:	Cargo:	Cargo:
Firma:	Firma:	Firma:

DOCUMENTO CONTROLADO



# MATRIZ DE RIESGOS

Código: FOR-GDE-03

Versión:03

Página:

## MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS

### E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGA

POLITICA DE CALIDAD	Codigo	N°.	RIESGO	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	VALORACION DEL RIESGO	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADOR
				PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION								
La Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga, está diseñada estructuralmente para brindar los servicios con calidad, confiabilidad, seguridad, eficiencia, amabilidad y oportunidad a los usuarios haciendo de ella una empresa rentable y comprometida con las necesidades y expectativas de la comunidad y del gremio transportador, apoyándonos en el desarrollo de nuestro talento humano innovación tecnológica, enfocada al mejoramiento continuo de cada uno de los procesos que la integran.	1 GGE	1	Ausencia de comunicación de los planes de la terminal	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Convocatoria por medio de comunicado, verifica la asistencia, actas de las reuniones	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Realizar jornadas de socialización	Gerencia, Personal responsable de calidad	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	De acuerdo al N° de planes y programas remitir comunicados a los funcionarios
	2 GGE	2	Disminución de los recursos para financiar proyectos	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Presupuesto, Balances Financieros	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Identificar y promover nuevas líneas de negocio	Gerencia	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Porcentaje de nuevas líneas de negocio ejecutadas/nuevas líneas de negocio planeadas
	3 GGE	3	Insuficiente seguimiento a la planeación	1	5	5	Zona de riesgo aceptable	Proyectos realizados	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Planes de contingencia,	Gerencia	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Seguimiento a los proyectos / total de proyectos
	4 GGE	4	Incumplimiento de la normatividad en relación con la prestación del servicio	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Manual Operativo, Funciones del Personal operativo	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Capacitar y hacer seguimiento	Profesional responsable del área de Talento Humano	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Porcentaje de cumplimiento en el desarrollo del plan de capacitación
	5 GGE	5	Reformulación de proyectos	1	5	5	Zona de riesgo aceptable	No existe control	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Planes de contingencia	Gerencia	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Reformulación de proyectos/total de proyectos en ejecución
	6 GGE	6	Cambios en las políticas del sector	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Normatividad de los entes de control de la operación del transporte	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Asistencia y participación en reuniones y foros de discusión de las políticas del sector	Gerente	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	No. de participaciones en foros y reuniones del sector al año
	1GSC	7	Atencion extemporanea a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias	2	20	40	Zona de riesgo importante	Recepción y remisión al ente competente, establecimiento de fechas de vencimiento de respuesta y oficiar vencimiento de	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Realizar controles existentes y seguimiento a las respuestas de PQRS por parte de los responsables de acuerdo a los vencimientos de las respuestas	Funcionario Responsable de Servicio al Cliente	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Respuestas oportunas / total respuestas
	2GSC	8	No presentación o presentación incompleta de los informes	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Validación de la entrega de informes	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Seguimiento y revisión de los informes	Lider del proceso	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Informes presentados correctamente/total de informes
	3GSC	9	Respuestas incompletas o insuficientes a peticiones, quejas, reclamos o sugerencias.	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Mensualmente, se analizan los resultados obtenidos y se toman las medidas tendientes a la	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Revisión previa de las respuestas de PQRS preparadas para los clientes y usuarios	Lider del proceso y funcionario de servicio al cliente	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	N° de respuestas satisfactorias/PQRS
	4GSC	10	INCUMPLIMIENTO EN LA PRESTACION DEL SERVICIO DE FOTOCOPIAS	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Inventario suficiente de elementos en el almacen	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	suministrar Papelería y Tonner suficiente.	Tecnico Administrativo de Gestión de Servicio al Cliente	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Numero de Fotocopias atendidas/Numero de Fotocopias solicitadas
	5GSC	11	PERDIDA DE EQUIPAJE O ENTREGA EQUIVOCADA	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Cumplimiento de los procedimientos establecidos	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Aplicación de Póliza por perdida de equipajes. Revisión detallada de la entrega de equipajes comparando ficha vs planilla	Tecnico Administrativo de Gestión de Servicio al Cliente	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Maletas Entregadas/Total de Maletas Guardadas
	1GOP	12	INCUMPLIMIENTO A LA VERIFICACION DE LA PRUEBA DE ALCOHOLIMETRIA	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Seguimiento a la ejecución procedimiento establecido	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Verificación del porte de la prueba en controles externos	coordinador operativo Tecnico Administrativo Aux. Administrativo	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	No. Pruebas por practica /No. pruebas realizadas



# MATRIZ DE RIESGOS

Código: FOR-GDE-03

Versión:03

Página:

## MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS

### E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGA

POLITICA DE CALIDAD	Codigo	N°.	RIESGO	CALIFICACION			EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	VALORACIÓN DEL RIESGO	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADOR
				PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACIÓN								
	2GOP	13	OMISION DE LA ADQUISICION DE LA TASA DE USO	2	20	40	Zona de riesgo importante	Seguimiento a la ejecución de los procedimientos	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Verificación al porte de la tasa uso en controles externos , Apoyo de Policía de Carreteras	coordinador operativo Tecnico Administrativo Aux. Administrativo	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	No. Vehiculos reportados/No. Tasa expedidas
	3GOP	14	FALTA DE PRESENCIA DEL PERSONAL POLICIVO	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Verificación a diario de la presencia del personal	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Solicitar apoyo a la estacion de policia	Coordinador operativo	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	No. dias presencia policiva/30
	4GOP	15	Errores en la programacion del personal operativo	2	10	20	Zona de riesgo moderado	seguimiento a la ejecución del procedimiento establecido	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Revisión detallada de la programacion	coordinador operativo Tecnico Operativo	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Fijacion previa a la ejecución No. Errores/No. Programaciones
	1GTH	16	Omisión de las disposiciones establecidas para la vinculación y selección de personal	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Aplicación de normas relacionadas	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Formulación plan de contingencia	Profesional Universitario de Personal	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Vinculaciones realizadas reglamentadas/ Total de ingresos de personal
	2GTH	17	Inadecuada administracion de las historias laboras de los funcionarios	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Seguridad en la custodia, establecimiento de los requisitos de hojas laborales. Seguimiento para la entrega oportuna de documentos que permitan su buen manejo.	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Lista de chequeo y de actualización de documentos	Profesional Universitario de Personal	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Historias Laborales actualizadas/total de funcionarios
	3GTH	18	Inconsistencias en el manual de funciones y competencias laborales de la terminal	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Cumplimiento de la normatividad relacionada	1 - 10 Zona de Riesgo Tolerable	Reducir y Compartir	Formulación de un manual acorde a lo requerido y plan de contingencia	Profesional Universitario de Personal	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Nº de funcionarios con manual de funciones actualizados/total de funcionarios
	4GTH	19	Desacierto en la programacion de las actividades de capacitacion, bienestar social y salud ocupacional	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Programación de actividades de los planes institucionales de acuerdo a las necesidades establecidas en los diagnosticos	1 - 10 Zona de Riesgo Tolerable	Reducir y Compartir	Establecer el plan de formación y capacitación anual	Profesional Universitario de Personal	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Satisfacción de las necesidades/ necesidades identificadas en el diagnostico
	5GTH	20	ERRORES EN LIQUIDACIONES DE NÓMINA Y PRESTACIONES SOCIALES	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Revisiones periódicas en las liquidaciones de nómina y prestaciones sociales. Verificación de la aplicación de los procedimientos aplicados a liquidaciones de nómina y prestaciones sociales	1 - 5 Zona de Riesgo Aceptable	Asumir	1. Actualización de normas y requisitos 2. Gestionar asesoría ante entidades especializadas	Profesional Universitario de Personal	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	No. de errores en las liquidaciones de nómina y prestaciones sociales/Total de liquidaciones de nómina y prestaciones sociales elaboradas



# MATRIZ DE RIESGOS

Código: FOR-GDE-03

Versión:03

Página:

## MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS

### E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGA

POLITICA DE CALIDAD	Codigo	N°.	RIESGO	CALIFICACIÓN			EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	VALORACIÓN DEL RIESGO	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADOR
				PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACIÓN								
	6GTH	21	Inadecuada induccion y reinducción del personal	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Inducción del personal nuevo vinculado. Actualizaciones sobre procedimientos al personal antiguo	1 - 5 Zona de Riesgo Aceptable	Asumir	Establecer plan de inducción y reinducción y manual de inducción	Profesional Universitario de Personal	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Nº de inducciones realizadas/total vinculados Nº reinducciones/cambios producidos al interior de la empresa
	7GTH	22	Errores en las disposiciones establecidas para el retiro de funcionarios	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Formulación plan de contingencia	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Formulación plan de contingencia	Profesional Universitario de Personal	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Retiros de personal de la empresa correctos /Nº de disvinculados
	8GTH	23	NO CUMPLIMIENTO AL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA	2	10	20	Zona de riesgo moderado	1. Seguimiento al cronograma de actividades en Salud Ocupacional 2. Gestionar el apoyo y asesoría de la ARP 3.	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	1. Aplicación de normas vigente en Salud Ocupacional. 2. Actualización de normas y reglamentación 3. Seguimiento a la ejecución de lo programado	Profesional Universitario de Personal	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	No. de actividades del Programa de Salud Ocupacional/Total de actividades del Programa de Salud Ocupacional
	1GRE	24	No ingreso de informacion a inventarios de la terminal	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Información tabla de excel, control de ingresos y salidas del inventario	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Implementación de software	Gerencia	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	total registros en el sistema de inventario/total de compras
	2GRE	25	Inconsistencia de registros contables e inventarios de la Terminal y de las diferentes areas	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Verificación e ingreso de bienes al inventario, causación de bienes y servicios.	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Registro en el sistema de inventarios los bienes una vez adquiridos	Lider del proceso	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	total registros en el sistema de inventario/total de compras
	3GRE	26	No existen evidencias de bienes dados de baja	2	10	20	Zona de riesgo moderado	No existe control	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Implementación del procedimiento de baja de bienes anualmente o cuando se haga necesario	Lider del proceso	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Total de procedimientos de baja/total de elementos inservibles u obsoletos
	4GRE	27	No aseguramiento oportuno de bienes	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Diligenciamiento oportuno y variable en expedición de poliza, revisión de fecha de vigencias o ingresos por adquisición de bienes	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Planes de contingencia	Lider del proceso	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Total de bienes adquiridos/total de bienes asegurados
	5GRE	28	Perdida por daño en los equipos de computo de la terminal	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Control de mantenimiento preventivos y correctivos	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Plan anual de mantenimientos preventivos y correctivos de equipos	Lider del proceso	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Total de mantenimientos / total de equipos de computo



## MATRIZ DE RIESGOS

Código: FOR-GDE-03  
Versión:03  
Página:

MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS														
E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGA														
POLITICA DE CALIDAD	Codigo	N°.	RIESGO	CALIFICACION			EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	VALORACIÓN DEL RIESGO	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADOR
				PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACIÓN								
	6GRE	29	Deterioro en la infraestructura de la Terminal.	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Control de mantenimiento preventivos y correctivos	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Plan anual de mantenimientos preventivos y correctivos de la infraestructura	Líder del proceso	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Total de mantenimientos realizados/ total de mantenimientos programados
	1GRF	30	No pago oportuno a proveedores	1	20	20	Zona de riesgo moderado	Procedimiento establecido	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Registro de vencimientos de pagos	Líder del proceso	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	proveedores pagados a tiempo/ total de proveedores
	2GRF	31	Inadecuadas e inoportunas conciliaciones bancarias	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Soportes de la conciliación	1 - 10 Zona de Riesgo Tolerable	Reducir y Compartir	Información en tiempo real. Llevar a cabo seguimiento a la reliazacion adecuada de la funcion	Líder del proceso	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Conciliación bancaria realizada/N° total de cuentas bancarias
	3GRF	32	Deficiente programación, ejecución y control presupuestal	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Documentos soporte de las operaciones	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Monitoreo periodico del presupuesto	Líder del proceso	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Presupeusto Ejecutado/ Total presupuesto de la vigencia
	4GRF	33	Deficiente verificación y conteo de dinero	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Conteo y verificación del recaudo de la tasa de uso	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Realziar arqueos diarios a los diferentes puntos de recaudo y registro de planillas	Líder del proceso	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Arqueos realizados/ total de recaudos
	5GRF	34	INADECUADA CUSTODIA Y SALVAGUARDA DE LOS DINEROS DE LA EMPRESA	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Cumplimiento de las Politicas de Operación establecidas para la consignación de los dineros de la empresa	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Consignación diaria de Dineros recaudados	Tesorero General	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	totalidad de efectivo consignado/total del dinero ingresado a la empresa
	6GRF	35	PRESENTACION INADECUADA E INOPORTUNA DE LOS ESTADOS FINANCIEROS A ENTES DE CONTROL(Contaduria General de la Nación y Contraloria de Cundinamarca)	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Cumplimiento a los plazos establecidos por los entes de control para la entrega de informes	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Cierre Contable en la fechas establecidas según politica de operación de la Empresa	Contador Externo y Tecnico Administrativo	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Estados financieros presentados/ total estados financieros
	7GRF	36	GENERACION INADECUADA E INOPORTUNA DE ESTADOS FINANCIEROS, INFORMES Y REPORTES CONTABLES AL REPRESENTANTE LEGAL Y DEMAS USUARIOS	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Cumplimiento al cierre mensual durante los 10 primeros dias de cada mes	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Cierre Contable en la fechas establecidas según politica de operación de la Empresa	Contador Externo y Tecnico Administrativo	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Estados financieros presentados/ total estados financieros
	8GRF	37	INADECUADA LIQUIDACION Y ELABORACION DE FORMATOS DE IMPUESTOS DE LA TERMINAL	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	Cumplimiento a los plazos establecidos por la DIAN y la Secretaria de Hacienda de la Alcaldia Municipal y Cumplimiento de las Politicas de Operación establecidas por la Empresa	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Revisión detallada de los Formatos Elaborados y por los reponsables del procedimiento	Contador Externo y Tecnico Administrativo	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Formularios de impuestos liquidados/ total formularios de impuestos



## MATRIZ DE RIESGOS

Código: FOR-GDE-03  
Versión:03  
Página:

MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS														
E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGA														
POLITICA DE CALIDAD	Codigo	N°.	RIESGO	CALIFICACIÓN			EVALUACIÓN RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	VALORACIÓN DEL RIESGO	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADOR
				PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACIÓN								
	1GCO	38	Incumplimientos de requisitos de tipo legal, presupuestal y procedimental para seleccionar proveedores	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Cumplimiento al procedimiento establecido	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Socialización de procedimientos	Tecnico Administrativo de Gestión Contractual	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Proveedores seleccionados/posibles proveedores
	2GCO	39	Incumplimiento de requisitos de tipo legal y procedimental para celebrar contratos	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Cumplimiento al procedimiento establecido	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Socialización de procedimientos	Tecnico Administrativo de Gestión Contractual	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Contratos Adjudicados/Numero de Contratos
	3GCO	40	Incumplimiento de los contratos	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Solicitud de pólizas, contratos e inventoria	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Asignación de funciones y responsabilidades de los supervisores de los contratos	Talento Humano	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Contratos cumplidos en un 100% total de contratos adjudicados
	1GJU	41	Inoportunidad en la respuesta a los derechos de petición	1	5	5	Zona de riesgo aceptable	Se agenda fecha de vencimiento de respuesta del Derecho de Petición	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Crear base de datos de vencimiento de derechos de petición con alertas	Secretario Ejecutivo	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Nº de derechos de petición con respuesta oportuna/ derechos de petición recibidos
	2GJU	42	Inadecuada representación judicial	2	10	20	#/REF!	Agenda citación judicial, copia al asesor jurídico reconfirmación de cita o diligencia	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Crear base de datos de procesos judiciales con alertas. Seguimiento al desarrollo de las gestiones procesales	Secretario Ejecutivo y Gerente	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Representaciones judiciales adecuadas/ total de procesos judiciales
	3GJU	43	Inadecuados pronunciamientos jurídicos	1	10	10	Zona de riesgo aceptable	No existe control	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Revisión por parte del interventor del contrato	Gerente	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	pronunciamientos jurídicos oportunos/ conceptos jurídicos requeridos
	4GJU	44	Demora en el proceso Jurisdiccional y Procesal	2	10	20	Zona de riesgo moderado	No existe control	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Revisión por parte del interventor del contrato	Asesor Jurídico	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Duración procedimiento expresado en meses / duración procesal teorica expresada en meses x No. Procesos
	5GJU	45	No existencia de un inventario completo de Procesos jurídicos de la Terminal	2	10	20	Zona de riesgo aceptable	Solicitud de Inventario a los Juzgados e Internamente en la Empresa	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Revisión para determinar el numero de procesos existentes	Asesor Jurídico y Gerente	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	No. Procesos reales detectados / No. procesos encomendados al asesor jurídico
	1GCM	46	No organización de los archivos de gestión y archivo central	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Se archiva ordenadamente, cronológicamente y de acuerdo a la Ley General de Archivos	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Jornadas de capacitación	Profesional Universitario de Calidad y Talento Humano	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Capacitación Realizadas/ total capacitaciones



# MATRIZ DE RIESGOS

Código: FOR-GDE-03

Versión:03

Página:

## MAPA INSTITUCIONAL DE RIESGOS

### E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGA

POLITICA DE CALIDAD	Codigo	N°.	RIESGO	CALIFICACION			EVALUACION RIESGO	CONTROLES EXISTENTES	VALORACION DEL RIESGO	OPCIONES DE MANEJO	ACCIONES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	INDICADOR
				PROBABILIDAD	IMPACTO	CALIFICACION								
	2GCM	47	Eliminación de documentos de conservación total por su valor e importancia	1	5	5	Zona de riesgo aceptable	Conservar organizadamente y mantener controlados los archivos de gestión	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Creación e implementación de las tablas de retención documental	Comité de Archivo	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Nº de documentos eliminados/ total de documentos
	3GCM	48	Recibir transferencias documentales de las dependencias sin que cumplan con las tablas de retención documental	2	10	20	Zona de riesgo moderado	No existe control	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Creación e implementación de las tablas de retención documental	Comité de Archivo	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Nº de transferencias recibidas/ total de transferencias
	4GCM	49	Recepción de documentos por las diferentes dependencias	1	5	5	Zona de riesgo aceptable	Creación e implementación de la ventanilla única	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Direccionar el manejo de la correspondencia interna y externa a través de la ventanilla única	Funcionario responsable de la ventanilla única y líderes de procesos	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Nº de documentos transferidos / total de documentos recibidos por la ventanilla única
	5GCM	50	Pérdida total de la información Institucional	1	10	10	Zona de riesgo tolerable	No existe control	1 - 10 Zona de Riesgo Tolerable	Reducir y Compartir	Archivo de backup fuera de las instalaciones de la Terminal	Líder de procesos y Comité de Archivo	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Copias de archivo realizadas/ Archivo general
	6GCM	51	No asesoría oportuna al mantenimiento y soporte técnico de los softwares por parte de la Empresa Consultora	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Radicación y seguimiento a los soportes solicitados a través de la pag web www.cau.ctaldn.net y comunicación telefónica	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Comunicación directa con la Empresa de Consultoría	Líder de Procesos	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Requerimientos solucionados/requerimientos solicitados
	1GDE	52	Inadecuada planeación y ejecución de auditorías internas	2	10	20	Zona de riesgo moderado	No existe control	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Establecer previamente una programa de auditorías	Funcionario responsable de Control interno	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Auditorías Ejecutadas/ Auditorías Planeadas
	2GDE	53	Inoportunidad en la remisión de informes	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Resoluciones de los Entes de Control. Cronograma de entrega de informes	1 - 10 Zona de Riesgo Tolerable	Reducir y Compartir	Seguimiento y verificación a los informes	Funcionario responsable de Control interno	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Informes presentados/ informes establecidos
	3GDE	54	Deficiente elaboración de informes	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Revisión por parte de la alta dirección	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Formulación plan de contingencia	Funcionario responsable de Control interno	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Informes presentados/ informes establecidos
	4GDE	55	Inadecuado pronunciamiento en las evaluaciones realizadas	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Auditor capacitado por realizar las evaluaciones	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Validación de los hallazgos con los líderes de los procesos y la gerencia	Funcionario responsable de Control interno	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Evaluaciones realizadas/ evaluaciones programadas
	5GDE	56	Inoportunidad en el seguimiento a los planes de mejoramiento y/o acciones preventivas y correctivas	2	10	20	Zona de riesgo moderado	Seguimiento por medio de los líderes de los procesos, se toman acciones correctivas y preventivas a los hallazgos	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Establecer cronograma de actividades	Funcionario responsable de Control interno	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Planes de mejoramiento revisados/ planes mejoramiento programados
	6GDE	57	Ineficiente identificación y control del servicio o producto no conforme	1	5	5	Zona de riesgo aceptable	Seguimiento a las PQRS radicadas por los usuarios, estadística e información de anulación de tasas de uso	1 - 20 Zona de Riesgo Moderado	Reducir y Compartir	Formulación plan de contingencia	Funcionario responsable de Control interno	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Producto o servicio no conforme detectado/ total de servicios o productos
	7GDE	58	Inadecuada planificación de los cambios del SGC	1	5	5	Zona de riesgo aceptable	Documentación del Procedimiento	1 - 10 Zona de Riesgo Tolerable	Reducir y Compartir	Formulación plan de contingencia	Funcionario responsable de Control interno	En el momento de ocurrencia del riesgo se establece el cronograma	Nº de cambios del SGC planificados/ Nº total de cambios del SGC



# AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

Código: PRO-GDE-11

Versión: 00

Página 1 de 4

## 1. OBJETIVO:

Definir el proceso de planeación, ejecución y seguimiento de las auditorias internas al Sistema de Gestión de Calidad de la **E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGÁ**

## 2. ALCANCE:

Este procedimiento cubre todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la **E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGÁ**, e incluye todos los requisitos de la norma NTC ISO 9001-2008.

## 3. DESARROLLO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
1. Elaborar el programa de auditorías, para el total de los procesos documentados e implementados.	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno	Programa de Auditorías FOR-GDE-11
2. Convocar al Comité Coordinador de Control Interno para aprobación del programa de auditorias.	Comité Coordinador de Control Interno	Programa de Auditorías FOR-GDE-11
3. Elaborar el plan de auditoría (INS-GDE-01) "Formación de Auditores Internos". Remitir el plan al Líder del proceso al cual se le realizara la auditoría.	Auditores Internos	Plan de Auditoria FOR-GDE-02
4. Revisa el plan de auditoria e informa al personal de su dependencia para que dispongan el tiempo para atenderla. Si requiere ajustes devuelve al auditor, si no requiere ajustes, aprueba el plan y lo remite al auditor	Líder del proceso auditar	Plan de Auditoria FOR-GDE-02
5. Revisa la documentación que corresponde al elemento auditado (manual de calidad, procedimientos, documentos externos, registros, etc.).	Auditores Internos	N.A.
6. Si la documentación presenta inconsistencias se devuelve al área auditada con los comentarios y se le informa al Profesional Universitario de Calidad y Control Interno	Auditores Internos	N.A.
7. Elaborar lista de chequeo en el formato	Auditores Internos	Lista de Chequeo FOR-GDE-07

	<b>AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD</b>	Código: PRO-GDE-11
		Versión: 00
		Página 2 de 4

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
8. El auditor interno se reúne con el responsable del área y el personal con responsabilidad en el Sistema de Calidad, se elabora el formato FOR-GDE-12 "Lista de apertura y cierre" se explica el plan de la auditoria.	Audidores Internos y responsables del proceso a auditar	Lista de Asistencia de Apertura y Cierre FOR-GDE-12
9. La auditoria se ejecuta con la lista de chequeo. Se utiliza entrevista con el personal que ejecuta la actividad.	Audidores Internos	Lista de Chequeo FOR-GDE-07
10. El auditor interno se reúne con el responsable de área auditada y presenta los hallazgos encontrados.	Audidores Internos y Líder del Proceso	N.A.
11. Se firma el FOR-GDE-12 cierre de la auditoria con los responsables del proceso auditado.	Audidores Internos Responsables del Proceso	FOR-GDE-12 Lista de Asistencia de Apertura y Cierre
12. El Auditor Líder se reúne con el equipo auditor y elabora el informe de la auditoria en el formato FOR-GDE-01 "Informe de Auditoria"	Auditor Líder, Auditores Internos	FOR-GDE-01 Informe de Auditoria
13. Se realiza entrega del Informe de la Auditoria a través de la ventanilla única de correspondencia	Audidores Internos	FOR-GDE-01 Informe de Auditoria
14. Se establecen las acciones correctivas de acuerdo al procedimiento y se registra en el formato de Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08.	Líder del proceso auditado	FOR-GDE-08 Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva
15. El Profesional Universitario de Calidad y Control Interno coordina con el responsable del proceso auditado la fecha de seguimiento de las acciones correctivas.	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno y Líder del Proceso	FOR-GDE-08 Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva

#### 4. DEFINICIONES:

AUDITORIA:

	<b>AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD</b>	Código: PRO-GDE-11
		Versión: 00
		Página 3 de 4

Examen sistemático para determinar si las actividades de calidad planificadas y los resultados asociados corresponden a lo esperado o planificado.

**AUDITOR INTERNO:**

Persona calificada para llevar a cabo una auditoria interna de calidad. Es el responsable de planear, hacer y verificar la auditoria.

**CONTENIDO DEL PROGRAMA DE AUDITORÍA:**

Objetivo, alcance, responsables y fechas en las cuales se realizarán las auditorías

**CONTENIDO DEL PLAN DE AUDITORÍA:**

El objetivo, el alcance, los criterios de auditoría frente a los cuales se establece conformidad (políticas, normas, leyes, reglamentos y documentos asociados al proceso auditado)

**CONTENIDO DE INFORME DE AUDITORIA:**

Fecha de ejecución de la auditoría, objetivo, alcance, criterios de auditoría, identificador del auditor o equipo auditor, fortalezas, resumen de los hallazgos, aspectos a mejorar, un resumen de las acciones correctivas o preventivas y las fechas de ejecución.

**NO CONFORMIDAD:**

Incumplimiento de los requisitos especificados.

**EVIDENCIA OBJETIVA:**

Información cuya veracidad puede comprobarse, con base en los hechos obtenidos a través de la observación, medida, ensayo u otros medios.

**LEVANTAMIENTO:**

Dar solución a una No conformidad encontrada.

Las auditorias son efectuadas por personal independiente, que no tenga responsabilidad directa en las áreas auditadas o por una empresa contratada para tal fin.

El Profesional Universitario de Calidad y Control Interno son los responsables de elaborar el Programa general de auditorias internas de calidad, tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorias previas.

Se realizará un ciclo de auditorias semestralmente y esta frecuencia debe incrementarse de acuerdo a los siguientes criterios:

- Cambios en el personal involucrado en el Sistema de calidad del área o de la entidad
- **Problemas repetitivos de calidad.**
- **Cambios al proceso.**
- **Verificar la implementación de acciones correctivas.**
- **De acuerdo con la importancia del área auditada con respecto al Sistema de Calidad.**

Cuando se deba realizar auditorias no incluidas en el Programa de Auditorias, el Auditor Principal hará conocer al responsable del Área auditada, la fecha y el Auditor que conducirá dicha Auditoria.

	<b>AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD</b>	Código: PRO-GDE-11
		Versión: 00
		Página 4 de 4

Los auditores internos deben ser calificados internamente a través de la Instrucción INS-GDE-01 "Formación de Auditores Internos".

En la ejecución de las Auditorias Internas se debe tener en cuenta el ambiente de trabajo en cuanto a Orden, Aseo, uso de elementos de seguridad, entre otros.

Una vez el Líder del área auditada se le haga entrega del informe de el auditado debe iniciar la elaboración e implementación de las acciones correctivas previa identificación de las causas.

La persona externa de la empresa que se contrate para la auditoria debe soportar su perfil, experiencia y formación con soportes en la hoja de vida que debe reposar junto con el informe de la auditoria realizada.

La planeación, ejecución, seguimiento y verificación de las auditoria internas de calidad se fundamenta en los lineamientos de la Norma NTC ISO:19011.

#### 5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	PAG	ITEM	DESCRIPCIÓN	FECHA
00			Versión Original	09-11-2009

<b>Elaborado: Sonia Patricia Origua Huerto</b>	<b>Revisado: Comité Coordinador de Control Interno</b>	<b>Aprobado: José Ricardo Rodríguez Díaz</b>
<b>Cargo: Profesional Universitario de Calidad y CI.</b>	<b>Cargo: Comité Coordinador de Control Interno</b>	<b>Cargo: Gerente General</b>
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

	<b>AUDITORIA INTERNA DE GESTION</b>	Código: PRO-GDE-14
		Versión: 00
		Página 1 de 6

### 1. OBJETIVO:

Este procedimiento ofrece el contexto general y práctico del proceso de Programación, Planeación, Ejecución y Seguimiento de Auditorías interna de Gestión, y tiene como objetivo precisar conceptos y características de cada uno de los pasos que lo conforman.

### 2. ALCANCE:

Este procedimiento aplica a todos los procesos que componen el sistema de Gestión MECI - CALIDAD de la E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá, desde la programación del ciclo de auditorias hasta el seguimiento.

### 3. DESARROLLO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
1. Se elabora el Programa de Auditorías Internas de gestión en el formato FOR-GDE-11, el cual deberá contener la información acerca de las auditorias de gestión a ejecutar, fecha, auditor y áreas o procesos a visitar	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno	Programa de Auditorías FOR-GDE-11
2. Presentar para aprobación del comité de coordinación de control interno el programa anual de auditorias.	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno	Programa de Auditorías FOR-GDE-11
3. Se aprueba el Programa Anual de Auditorías y deja el registro en el acta respectiva, en caso contrario el Profesional Universitario de Calidad y Control Interno los efectúa y cita nuevamente el Comité de Coordinación de Control Interno para presentarlo como punto del orden del día y registra nuevamente en acta, incluida la decisión de aprobación.	Comité Coordinador de Control Interno	Programa de Auditorías FOR-GDE-11
4. Teniendo en cuenta la disponibilidad de la información, la cooperación del auditado, el tiempo y los recursos, el Profesional Universitario de Calidad y Control Interno revisará, antes de planear cualquiera de las visitas programadas, la viabilidad de la auditoría.	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno	N.A.
5. En caso en que se presente el no poder realizar auditoria de gestion, el líder del proceso emitirá comunicado por escrito exponiendo las razones por las cuales no se puede llevar a cabo la auditoria de gestión.	Líder del Proceso a Auditar	Comunicado FOR-GCM-16

	<b>AUDITORIA INTERNA DE GESTION</b>	Código: PRO-GDE-14
		Versión: 00
		Página 2 de 6

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
6. De acuerdo con el tipo, tema y objeto de la auditoría interna de gestión se elabora el plan de auditoria según el proceso y/o procedimiento el cual se remite al líder de proceso a auditar para su respectiva aprobación y se diligencia la lista de chequeo de la auditoria interna de gestión.	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno	Plan de Auditoria FOR-GDE-02  Lista de Chequeo FOR-GDE-07
7. En esta oportunidad se presentan el auditor y se explica el objetivo y el alcance de la auditoría o plan de Auditoria, diligenciando el formato Lista de asistencia de apertura y cierre”	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno y Auditados	Lista de Asistencia de Apertura y Cierre FOR-GDE-12
8. Ejecución de la auditoria se concreta a la realización del trabajo de campo del auditor. Es el momento de mayor contacto entre el auditor y el auditado, en el que dentro de un ambiente de cordialidad y respeto mutuo, se desarrolla el plan de la Auditoria Interna de Gestión. y la lista de chequeo.	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno y Auditados	Lista de Chequeo FOR-GDE-07
9. En esta etapa se aplican las pruebas, se llevan a cabo las entrevistas, la revisión y acceso a los documentos requeridos. Además es un espacio para las explicaciones e inquietudes de los auditados, y el levantamiento de la información que permita efectuar la evaluación objeto de auditoría en el que una vez evidenciado observación u hallazgo (condición), se levanta la evidencia soporte que permitirá, al momento del análisis y elaboración del informe, precisar los demás elementos del hallazgo (criterio, causa y efecto).	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno y Auditados	Lista de Chequeo FOR-GDE-07

	<b>AUDITORIA INTERNA DE GESTION</b>	Código: PRO-GDE-14
		Versión: 00
		Página 3 de 6

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
<p>10. Realizar la reunión de cierre, según el número e importancia de los hallazgos., la reunión será breve y se concretará en la exposición de los hallazgos y las conclusiones de la auditoría, en presencia del Auditor y el líder del proceso y/o procedimiento auditado. Es de precisar que, a diferencia de las Auditorías Internas de Calidad, en las Auditorías Regulares de Gestión esta reunión implica espacio para la contradicción por cuanto este derecho será ejercido de manera calmada y analítica en el escrito de contradicción que aporte el auditado.</p>	<p>Profesional Universitario de Calidad y Control Interno y Auditados</p>	<p>Lista de Asistencia de Apertura y Cierre FOR-GDE-12</p>
<p>11. Presentar Los resultados de la Auditoría interna de gestión, estos deben ser precisos, concretos, exentos de juicios de valor y descripciones innecesarias. Deben ser analizados por el auditor y redactados de manera objetiva, sin juicios de valor. En este tipo de auditoría interna, este primer informe tiene el carácter de preliminar, de manera que en el comunicado que se le remita al líder del Proceso auditado, se le informará sobre el plazo máximo de diez días para ejercer derecho de contradicción, so pena de mantenerse como ejecutivo si no se manifiesta en tiempo.</p>	<p>Profesional Universitario de Calidad y Control Interno</p>	<p>Informe de Auditoria FOR-GDE-01</p>
<p>12. Se debe tener en cuenta, al configurar los hallazgos de auditoría (Observaciones y No Conformidades) y su redacción. Debe quedar de manera clara e inequívoca, cada uno de los elementos que lo constituyen.</p>	<p>Profesional Universitario de Calidad y Control Interno</p>	<p>N.A.</p>

	<b>AUDITORIA INTERNA DE GESTION</b>	Código: PRO-GDE-14
		Versión: 00
		Página 4 de 6

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
13. Una vez recibido por el líder del proceso el informe preliminar, este deberá analizarlo, junto con los responsables de las dependencias involucradas de anexar las evidencias que apoyan sus divergencias y remitirlo dentro del plazo establecido a la Oficina de Control Interno mediante memorando.	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno	Informe de Auditoria FOR-GDE-01
14. El Profesional Universitario de Calidad y Control Interno analiza la contradicción, y dejan plasmadas sus conclusiones en el informe de la auditoria. Se estudian y verifican las razones esgrimidas por el auditado y sus evidencias. La diferencia será resuelta siempre y cuando el proceso auditado aporte la evidencia necesaria y suficiente para ello. De lo contrario se dejará la anotación en el informe final y se mantendrá el hallazgo	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno	Informe de Auditoria FOR-GDE-01
15. El Profesional Universitario de Calidad y Control Interno elabora y consolida el Informe Final. El informe se prepara y se presenta con los resultados de la auditoria interna de gestión.	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno	Informe de Auditoria FOR-GDE-01

DOCUMENTO CONTROLADO

	<b>AUDITORIA INTERNA DE GESTION</b>	Código: PRO-GDE-14
		Versión: 00
		Página 5 de 6

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
16. Cuando del ejercicio de auditoría interna de gestión se desprendan observaciones o no conformidades, el líder del proceso diligencia la "Solicitud de acción correctiva o preventiva" con la descripción y causas raíz de la no conformidad, con la acción propuesta y entregar al Profesional Universitario de Calidad y control interno para registrar en el formato de administración de acciones. Los hallazgos negativos o No conformidades refieren al incumplimiento de requisitos, mientras las Observaciones se dan cuando hay afectación leve a la funcionalidad del sistema.	Líder del Proceso	Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08

#### 4. DEFINICIONES:

**Auditoria Interna de Gestión:** Proceso que permite evaluar que las políticas, objetivos y planes operativos de cada uno de los procesos que conforman el sistema Integrado de gestión, se estén cumpliendo dentro de la eficacia, eficiencia y efectividad.

Las auditorias son efectuadas por el Coordinador de Calidad y Control Interno de la Terminal de Transportes de Fusagasugá.

Se realizará un ciclo de auditorias internas de gestión cuando sea necesaria de acuerdo a los siguientes criterios:

- Cambios en el personal involucrado en los diferentes procesos de la entidad
- Cambios en la estructura organizacional de la entidad
- Problemas graves que afecten la integridad del Sistema Integrado de Gestión
- Verificar la implementación de acciones correctivas.

#### 5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	PAG	ITEM	DESCRIPCIÓN	FECHA
00			Versión Original	09-11-2009

	<b>AUDITORIA INTERNA DE GESTION</b>	Código: PRO-GDE-14
		Versión: 00
		Página 6 de 6

Elaborado: <i>Sonia Patricia Origua Huerto</i>	Revisado: <i>Comité Coordinador de Control Interno</i>	Aprobado: José Ricardo Rodríguez Díaz
Cargo: Profesional Universitario de Calidad	Cargo: Comité Coordinador de Control Interno	Cargo: Gerente General
Firma:	Firma:	Firma:

DOCUMENTO CONTROLADO



# ELABORACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

Código: PRO-GDE-12

Versión: 01

Página 1 de 4

## 1. OBJETIVO:

Formular e implementar acciones preventivas, correctivas y de mejora que permitan eliminar la causa de una no conformidad real o potencial indeseable del Sistema de Gestión de Calidad de la **E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGÁ**

## 2. ALCANCE:

Comprende desde la identificación de los aspectos que afectan la calidad del servicio, situaciones, hallazgos o riesgos indeseables, hasta la adopción, implementación y seguimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora.

## 3. DESARROLLO:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
1. Se detectan las no conformidades en el proceso de acuerdo a las fuentes y se registran en el formato de Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08.	Líder del Proceso	Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08
2. Solicitar al profesional universitario de Calidad y Control interno el número consecutivo de la Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08.	Líder del Proceso	Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08
3. Identificar si es una corrección, acción correctiva, preventiva, mejora, al igual que el tipo de Fuente según Solicitud de Acción Preventiva Correctiva FOR-GDE-08.	Líder del Proceso	Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08
4. Determinar la acción que pretende eliminar la no conformidad detectada.	Líder del Proceso	Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08
5. Determinar la corrección ordena o solución inmediata.	Líder del Proceso	Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08
6. Realizar un análisis de las causas que están generando la no conformidad utilizando la técnica de la lluvia de ideas (brainstorming), donde después de tener un número de ideas, se evalúa cuáles son las que poseen alto impacto sobre esta y se evalúa la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de la no conformidad, realizando el	Líder del Proceso	Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08



## ELABORACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

Código: PRO-GDE-12

Versión: 01

Página 2 de 4

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
registro en el formato Solicitud de Acción preventiva y/o correctiva FOR-GDE-08.	Líder del Proceso	Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08
7. Definir el plan de acción correctiva, preventiva y/o de Mejora, determinando los responsables y las fechas de implementación, registrando dicha información en el formato Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08	Líder del Proceso	Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08
8. Suministrar al profesional universitario de Calidad y Control Interno la solicitud de acción correctiva/preventiva o de mejora, para que este realice el registro en el formato de administración de acciones FOR-GDE-06	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno	Administración de Acciones FOR-GDE-06
9. El responsable del proceso realiza las actividades dentro del plazo establecido y la registra en el formato Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08	Líder de Proceso	Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08
10. Verificar que las actividades acordadas se cumplan e implementen, y se registra en el formato Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08	Líder de Proceso	Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08
11. En caso que la acción no sea efectiva se registra la observación correspondiente y se solicita una nueva acción en el formato Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08 y se repite el procedimiento desde el ítem 2 del procedimiento PRO-GDE-12.	Líder de Proceso	Administración de Acciones FOR-GDE-06
12. Verifica que los cambios se realicen en la documentación correspondiente.	Profesional Universitario de Calidad y Control Interno Líder del Proceso	N.A.



## ELABORACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA

Código: PRO-GDE-12

Versión: 01

Página 3 de 4

#### 4. DEFINICIONES:

**ACCIÓN CORRECTIVA:** Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad detectada u otra situación indeseable existente y así evitar que vuelva a ocurrir.

**ACCIÓN PREVENTIVA:** Acción tomada para eliminar la causa de una No Conformidad potencial para prevenir su ocurrencia.

**NO CONFORMIDAD:** Incumplimiento a todos los requisitos (legales, reglamentarios, técnicos y del cliente).

La información de entrada de las acciones correctivas, son las no conformidades reales, las cuales son problemas que de no solucionarse a tiempo no contribuyen con prevenir que algo vuelva a producirse.

La información de entrada de las acciones preventivas, son las no conformidades potenciales, que de no solucionarse a tiempo se pueden convertir en no conformidades.

Cuando se genera una no conformidad que sea responsabilidad directa de un contratista o un proveedor, se envía un comunicado al responsable y se realiza seguimiento del mismo por parte del proceso de Gestión Contractual.

Las fuentes donde se puede originar las no conformidades y tomar acciones correctivas en los procesos de E.I.CE. Terminal de Transporte de Fusagasugá son:

1. Auditoria interna de gestión
2. Auditoria interna de calidad
3. Servicio no conforme
4. Informe análisis de indicadores de gestión
5. Tratamiento de quejas y reclamos
6. Informe de percepción y satisfacción del cliente
7. Informe de evaluación de competencias del personal
8. Revisión por la dirección
9. Informe de evaluación de proveedores de alto impacto
10. Observaciones y aportes de mejora
11. Informe de la ejecución de planes operativos
12. Incumplimiento de los códigos de ética y Buen Gobierno.

Son fuentes de no conformidades potenciales que permiten tomar acciones preventivas en los procesos de gestión E.I.CE. Terminal de Transporte de Fusagasugá son:

1. Análisis de los mapas de riesgos
2. Informe análisis de indicadores de gestión
3. Informe de la ejecución de planes operativos
4. Revisión por la dirección.

	<b>ELABORACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA</b>	Código: PRO-GDE-12
		Versión: 01
		Página 4 de 4

El presente procedimiento esta enmarcado bajo las siguientes normas:  
NTC ISO 9001-2008, Numerales 8.5.2 y 8.5.3

MECI 1000 – 2005

3. SUBSISTEMA DE EVALUACION

## 5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	PAG	ITEM	DESCRIPCIÓN	FECHA
00			Versión Original	09-11-2009
01	1,2	3, 6,11	Se agrego al objetivo la palabra indeseable, se reemplazo el alcance anterior por el siguiente: Comprende desde la identificación de los aspectos que afectan la calidad del servicio, situaciones, hallazgos o riesgos indeseables, hasta la adopción, implementación y seguimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora. Se agrego en el ítem 3 la palabra corrección, en el ítem 4 se reemplazo la palabra corrección por acción, al ítem 6 utilizando la técnica de la lluvia de ideas (brainstorming), donde después tener un numero de ideas, se cambio el contenido del ítem 11 por en caso que la acción no sea efectiva se registra la observación correspondiente y se solicita una nueva acción en el formato Solicitud de Acción Preventiva o Correctiva FOR-GDE-08 y se repite el procedimiento desde el ítem 2 del procedimiento PRO-GDE-12.	17-03-2010

Elaborado: <b>Sonia Patricia Origua Huerto</b>	Revisado: <b>Comité Coordinador de Control Interno</b>	Aprobado: <b>José Ricardo Rodríguez Díaz</b>
Cargo: <b>Profesional Universitario de Calidad y CI</b>	Cargo: <b>Comité Coordinador de Control Interno</b>	Cargo: <b>Gerente General</b>
Firma:	Firma:	Firma:





## ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

Código: PRO-GSC-01

Versión: 02

Página 1 de 4

### 1. OBJETIVO:

Describir la metodología para la elaboración de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias hechas por parte de los usuarios de **La E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá.**

### 2. ALCANCE:

Aplica para todas las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias hechas por las Empresas Transportadoras, Comerciantes y Usuarios de **La E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá.**

### 3. DESARROLLO

#### A. ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS:

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
1. El cliente o usuario realiza petición, Queja, Reclamo o Sugerencia, en la oficina de Gestión de Servicio al Cliente diligenciando la solicitud, por email ( <a href="mailto:terminalfusaclientes@yahoo.es">terminalfusaclientes@yahoo.es</a> ), telefónica o verbalmente.	Cliente	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias. FOR-GSC-03
2. Se da traslado a la Empresa de Transporte o a quien se dirija la Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia realizada por el usuario.	Técnico Administrativo Servicio al Cliente	Oficio FOR-GCM-22
3. Se retroalimentara al cliente vía email, correo certificado o telefónicamente, donde se le comunicara que se dio traslado a la Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia a la Empresa de Transporte o a quien este dirigida para que tramite directamente su respuesta.	Técnico Administrativo Servicio al Cliente	Oficio FOR-GCM-22
4. Se le dará 15 días hábiles a la Empresa de Transporte o a quien se dirija la Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia para que comunique a la Terminal la solución o tramite efectuado a dicho requerimiento, si se recibe respuesta se emitirá oficio al Usuario donde se comunicara la solución o respuesta a su queja, reclamo, petición o sugerencia efectuada. En caso de no recibir respuesta por parte de la Empresa de Transporte o a quien se	Técnico Administrativo Servicio al Cliente	Oficio FOR-GCM-22



**ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS,  
RECLAMOS Y SUGERENCIAS**

Código: PRO-GSC-01

Versión: 02

Página 2 de 4

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
dirigió el requerimiento se le comunicara a través de oficio al Usuario vía email o correo certificado el tramite efectuado por la Terminal y a quien se debe dirigir para conocer la situación de su queja, petición, reclamo o sugerencia.	Técnico Administrativo Servicio al Cliente	Oficio FOR-GCM-22
5. Se realizara mensualmente informe de análisis de petición, quejas, reclamo o sugerencia, donde se graficaran los resultados y se sacaran las conclusiones.	Técnico Administrativo Servicio al Cliente	N.A.
6. Se analizan los resultados obtenidos y se toman las medidas tendientes a la mejora continua. Se realizara este análisis mensualmente.	Gerente General y Profesional Universitario Calidad	N.A.
7. Trimestralmente se socializara con las empresas transportadoras los informes de análisis de petición, queja reclamo o sugerencia, y se dará un informe de la relación, frecuencia y comportamiento por empresa de la petición, queja, reclamo o sugerencia,	Profesional Universitario Calidad y Técnico Administrativo de Servicio al Cliente	N.A.

**B. ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS DIRIGIDAS A LOS FUNCIONARIOS DE LA TERMINAL:**

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
1. El cliente o usuario realiza Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia, en la oficina de Gestión de Servicio al Cliente y diligencia la solicitud, por email ( <a href="mailto:terminalfusaclientes@yahoo.es">terminalfusaclientes@yahoo.es</a> ), telefónica, o verbalmente.	Cliente	Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias. FOR-GSC-03
2. Se comunica al Jefe Inmediato del funcionario la Petición, Queja, Reclamo o Sugerencia realizada por el usuario, dando 15 días hábiles para que realice los descargos y de respuesta a la oficina de Servicio al Cliente.	Técnico Administrativo Servicio al Cliente	. Oficio FOR-GCM-22



## ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS

Código: PRO-GSC-01

Versión: 02

Página 3 de 4

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REGISTRO
3. A su vez se evaluara la falta del funcionario de acuerdo a la normatividad Ley 734 de 2002 (código disciplinario único).	Profesional Universitario Talento Humano	N.A.
4. Se retroalimenta al cliente vía email O correo certificado a través de un oficio donde se le comunicara la respuesta o el procedimiento que le fue dado a la solicitud realizada (petición, queja, reclamo o sugerencia) recepcionada en la Oficina de Servicio al Cliente de la Terminal.	Técnico Administrativo servicio al cliente	Oficio FOR-GCM-22
5. Mensualmente se realiza informe de análisis de peticiones, quejas, reclamos o sugerencias donde se tienen en cuenta los tiempos y las respuestas que fueron dadas por los Jefes Inmediatos o a quien se dirigió el oficio, se grafican los resultados y se sacan las conclusiones.	Técnico Administrativo Servicio al cliente	N.A.
6. Se analizan los resultados obtenidos y se toman las medidas tendientes a la mejora continua. Se realizara este análisis mensualmente.	Gerente General y Profesional Universitario Calidad	N.A.

#### 4. DEFINICIONES:

##### PETICION:

Una petición es la solicitud verbal o escrita que se presenta en forma respetuosa ante un servidor público o ante ciertos particulares con el fin de requerir su intervención en su asunto concreto.

##### QUEJA:

Es el medio por el cual el usuario pone de manifiesto su inconformidad con la actuación de determinado funcionario o con la forma y condiciones en que se preste o no un servicio.

##### RECLAMO:

Es una solicitud del usuario con el objeto de que se revise una actuación administrativa, motivo de su inconformidad, y se tome una decisión final justa y equitativa.

##### SUGERENCIA:

Es una insinuación o formulación de ideas tendientes al mejoramiento de un servicio o de



**ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS,  
RECLAMOS Y SUGERENCIAS**

Código: PRO-GSC-01

Versión: 02

Página 4 de 4

la misma Entidad.

**CLIENTES:** Los clientes de la Terminal son las Empresas de Transporte, Conductores, Usuarios y Comerciantes.

<b>Elaborado:</b> Martha Yaneth Osorio	<b>Revisado:</b> <i>Sonia Patricia Origua Huerto</i>	<b>Aprobado:</b> José Ricardo Rodríguez Díaz
<b>Cargo:</b> Tecnico Administrativo	<b>Cargo:</b> Coordinador de Calidad y Control Interno	<b>Cargo:</b> Gerente General
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>
<b>Fecha de elaboración:</b> 27 de Julio de 2009		



## MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

### TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

#### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: GESTIÓN DE COMUNICACIONES  
Fecha: Abnl 13 de 2016  
Nombre: MARIA ANGELICA SALAZAR GARCIA

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

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

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
COMPONENTE: TALENTO HUMANO			
ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	3	
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	1	
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	4	
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	3	
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	1	
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	4	
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	4	
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	5	

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	2	
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	2	
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.	5	5
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	3	
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).	5	
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	5	
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.	3	
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.	5	
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)	2	
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.	5	
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.	4	
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	4	
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	1	
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma decisiones para evitar desviaciones.	1	
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera mas fácil.	2	
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	4	
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.	1	
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.	4	

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	3	
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	2	
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.	3	
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	3	
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	1	
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	5	
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	1	
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	0	
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	4	
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	5	
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.	4	
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	1	
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	2	
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	5	
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.	4	
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso	4	
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.	2	

	<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>		
	<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>		
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	5	
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	4	
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	4	
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	4	
48	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	
	<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>		
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	4	
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	4	
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	5	
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	5	
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	5	
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	4	
	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>		
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	4	
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	4	
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.	5	
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	3	



**MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO**

**TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA**

**AUTOEVALUACION DEL CONTROL**

Proceso: Gestión de Recursos Financieros  
 Fecha: Abril 13 de 2016  
 Nombre: Martha Yaneth Obando Moreno

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

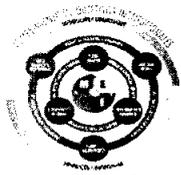
- | Valor | Descripción                    |
|-------|--------------------------------|
| 0     | No sabe                        |
| 1     | No se cumple                   |
| 2     | Se cumple insatisfactoriamente |
| 3     | Se cumple aceptablemente       |
| 4     | Se cumple en alto grado       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

Afirmación	Descripción	Valor
<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>		
<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>		
<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>		
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	3
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	2
<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>		
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	4
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	2
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	2
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	2
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	2
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	2

	<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>		
	<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>		
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	3	
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	3	
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.	4	
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	3	
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).	3	
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	3	
	<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>		
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.	2	
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.	3	
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)	4	
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.	5	
	<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>		
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.	4	
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	3	
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	3	
	<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>		
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.	3	
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.	3	
	<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>		
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	3	
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.	3	
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.	3	

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	3	
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	3	
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.	3	
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	3	
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	3	
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	3	
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	2	
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	3	
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	3	
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	3	
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.	2	
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	2	
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	2	
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	2	
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.	3	
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso	3	
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.	3	

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	3	
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	4	
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	3	
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	3	
48	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.	0	
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	3	
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	4	
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	2	
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	3	
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	4	
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	3	
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	3	
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	3	
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.	3	
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	3	



## MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

### TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

#### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: GESTION DE TALENTO HUMANO

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: LOS ENITH BARBOSA CASTELLANOS

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

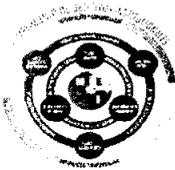
Valor	Descripción
0	No sabe
1	No se cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
COMPONENTE: TALENTO HUMANO			
ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.		2
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.		2
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.		5
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.		4
5	Los procesos de reinducción le falicitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.		4
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.		5
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.		5
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.		4

	<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>		
	<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>		
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.		3
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.		4
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		5
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.		5
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		4
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.		5
	<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>		
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		4
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		4
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		5
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.		5
	<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>		
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		5
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		4
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		5
	<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>		
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.		3
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.		4
	<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>		
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		4
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		5
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		5

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.		4
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.		2
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.		3
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.		3
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.		3
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.		3
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.		4
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.		3
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.		4
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.		4
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		4
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.		3
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.		4
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.		5
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		5
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		4
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		5

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?		4
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?		4
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.		4
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.		3
48	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.		2
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		4
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.		4
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.		4
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.		4
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)		3
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.		3
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.		3
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.		3
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		3
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.		3



## MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

### TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

#### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: Gestión Servicio al Cliente

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: Ximena Vanegas Vanquez

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

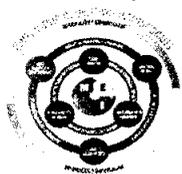
Valor	Descripción
0	No sabe
1	No se cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
COMPONENTE: TALENTO HUMANO			
ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	No sabe	0
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	No sabe	0
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	Se cumple Plenamente	5
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	Se cumple aceptablemente	3
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	Se cumple aceptablemente	3
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	Se cumple Aceptablemente	3
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	Se cumple Aceptablemente	3
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	No sabe	0

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	Se cumple	3
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	Se cumple	3
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.	Se cumple	5
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	Se cumple	4
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).	No sabe	0
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	No sabe	0
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		0
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		0
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		3
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.		3
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		3
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		3
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		3
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.		3
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.		0
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		0
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		3
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		3

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	No sabe	0
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	Se cumple aceptable.	3
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	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 cumple.	3
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	No sabe	0
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	Se cumple	3
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	No sabe	0
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	Se cumple	3
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	No sabe	0
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	Se cumple	3
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	Se cumple	5
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		3
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	No sabe	0
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	No sabe	0
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	No sabe	0
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		2
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		2
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		2

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?		2
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?		4
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.		4
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.		3
48	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.		3
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	se cumple	4
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	Se cumple	4
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	Se cumple	4
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	No sabe	0
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	no sabe.	0
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	se cumple	3
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	se cumple	3
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	Se cumple	3
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.	Se cumple	3
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	Se cumple	3



## MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

### TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

#### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: OFICINA DE GESTION OPERATIVA.

Fecha: ABRIL - 13 - 2016

Nombre: JOSE ROBERTO RODRIGUEZ SANCHEZ

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

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

Valor	Descripción	Respuesta
	<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>	
	<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>	
	<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>	
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	3
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	1
	<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>	
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	4
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	4
5	Los procesos de reinducción le falicitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	2
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	3
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	2
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	3

	<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>		
	<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>		
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.		4
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.		4
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		4
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.		2
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		4
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.		3
	<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>		
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		3
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		3
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		3
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.		4
	<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>		
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		3
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		3
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		3
	<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>		
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.		4
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.		3
	<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>		
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		4
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		4
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		4

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.		3
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.		3
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.		4
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.		4
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.		3
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.		3
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.		3
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.		3
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.		3
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.		3
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		3
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.		3
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.		3
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.		3
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		3
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		3
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		3

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?		3
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?		4
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.		3
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.		3
48	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.		3
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		4
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.		4
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.		3
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.		3
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)		3
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.		3
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.		3
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.		3
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		3
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.		3

**MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO****TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA****AUTOEVALUACION DEL CONTROL**Proceso: Gestión de Recursos Físicos

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: Jayne Katherine Henao

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

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

Valor	Descripción	Respuesta	Valor
	<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>		
	<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>		
	<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>		
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.		3
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.		3
	<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>		
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.		5
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.		5
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.		5
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.		4
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.		5
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.		5

	<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>		
	<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>		
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.		4
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.		3
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		5
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.		5
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		3
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.		4
	<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>		
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		5
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		5
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		5
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.		5
	<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>		
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		5
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		5
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		5
	<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>		
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.		5
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.		5
	<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>		
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		5
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		4
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		4

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.		4
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.		4
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	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
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.		5
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.		5
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.		5
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.		4
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.		3
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.		5
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.		5
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		4
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.		5
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.		5
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.		5
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		5
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		5
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		5

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?		4
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?		5
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.		5
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.		4
48	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
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		5
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.		4
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.		5
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.		4
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)		4
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.		5
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.		4
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.		4
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		5
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.		5

**MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO****TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA****AUTOEVALUACION DEL CONTROL**

Proceso: Gestión Operativa  
Fecha: 13 - 04 - 2016  
Nombre: JOSE P. DE LA CRUZ

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego dirijase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

- | 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           |

No.	Afirmación	Descripción	Respuesta
	<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>		
	<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>		
	<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>		
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.		0
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.		0
	<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>		
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.		2
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.		3
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.		2
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.		3
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.		2
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.		2

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.		2
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.		2
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		5
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.		5
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		0
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.		0
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		2
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		3
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		3
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.		4
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		3
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		3
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		3
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma decisiones para evitar desviaciones.		2
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera mas fácil.		2
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		3
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		3
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		3

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.		3
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.		3
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.		3
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.		3
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.		3
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.		3
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.		2
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.		2
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.		3
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.		2
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		2
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.		2
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.		2
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.		2
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		2
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		2
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		2

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?		2
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?		2
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.		2
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.		2
48	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.		2
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		3
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.		3
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.		2
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.		2
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)		3
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.		3
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.		3
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.		3
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		2
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.		2



## MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

### TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

#### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: Gestión Operativa.  
Fecha: Abril 13 - 2016  
Nombre: Sandra García.

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

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

Valor	Descripción	Respuesta	Nota
<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>			
<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	1	
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	1	
<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	3	3
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	2	
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	2	
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	2	
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	2	
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	3	

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	2	
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	2	
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.	3	
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	2	
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).	0	
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	0	
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.	3	
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.	2	
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)	0	
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.	4	
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.	3	
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	3	
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	1	
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.	0	
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.	0	
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	2	
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.	3	
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.	3	

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	2	
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	3	
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.	3	
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	2	
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	2	
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	2	
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	3	
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	3	
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	3	
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	3	
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.	2	
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	3	
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	2	
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	2	
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.	2	
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso	2	
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.	3	

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	3	
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	3	
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	3	
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	5	
48	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.	2	
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	3	
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	5	
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	5	
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	0	
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	0	
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	3	
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	4	
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	3	
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.	4	
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	4	



# MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

## TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: Evaluación Control y Mejora

Fecha: Abril 13 2016

Nombre: Jairo Mantol Carpele Cruz.

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

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

Valor	Descripción	Respuesta	Valor
	<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>		
	<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>		
	<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>		
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	Se cumple Satisfactoriamente.	2
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.		3
	<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>		
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.		3
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.		2
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.		3
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.		4
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.		4
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.		3

	<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>		
	<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>		
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.		4
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.		4
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		5
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.		4
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		5
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.		5
	<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>		
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		4
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		4
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		5
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.		5
	<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>		
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		5
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		4
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		4
	<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>		
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.		5
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.		5
	<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>		
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		4
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		3
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		4

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.		4
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.		3
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.		4
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.		4
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.		4
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.		4
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.		3
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.		3
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.		4
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.		5
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		3
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.		3
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.		5
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.		4
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		4
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		4
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		4

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?		3
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?		4
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.		4
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.		3
48	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.		2
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		4
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.		4
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.		5
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.		4
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)		3
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.		4
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.		4
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.		4
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		3
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.		4



# MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

## TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: Gestión Operativa.

Fecha: 04-13-2019

Nombre: Diosdado Pizarro Ponce

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

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

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
COMPONENTE: TALENTO HUMANO			
ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.		0
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.		0
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.		5
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.		4
5	Los procesos de reinducción le falicitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.		4
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.		3
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.		3
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.		3

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.		0
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.		0
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		4
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.		4
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		3
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.		3
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		3
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		4
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		3
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.		4
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		3
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		3
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		3
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.		0
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.		0
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		3
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		3
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		3

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.		0
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.		0
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.		0
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.		0
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.		0
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.		0
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.		2
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.		0
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.		0
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.		0
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		0
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.		0
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.		0
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.		0
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		0
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		0
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		0

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>		
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>		
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	0
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	3
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	0
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	0
48	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.	0
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>		
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	0
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	3
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	4
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	0
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	0
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	0
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>		
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	0
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	0
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.	0
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	0



MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: Gestión Operativa.  
 Fecha: Abnl - 13 - 2016  
 Nombre: Diego Daza Páez

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

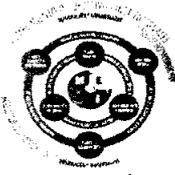
- Valor Descripción**
- 0 No sabe
  - 1 No se cumple
  - 2 Se cumple insatisfactoriamente
  - 3 Se cumple aceptablemente
  - 4 Se cumple en alto grado
  - 5 Se cumple plenamente

No.	Afirmación	Descripción	Puntuación
<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>			
<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	Se cumple. aceptablemente.	3
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	No sabe.	0
<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	Se cumple. Aceptablemente	3
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	Se cumple Aceptablemente	3
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	No se cumple.	1
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	No sabe	0
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	No sabe	0
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	No se cumple.	1

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	Se cumple. Aceptablemente.	3
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	NO se cumple.	1
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.	se cumple. en alto grado.	4
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	se cumple. Aceptablemente.	3
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).	No sabe.	0
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	Se cumple. Aceptablemente.	3
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.	Se cumple. Insatisfactoriamente	2
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.	Se cumple. Aceptablemente.	3
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)	Se cumple. Aceptablemente.	3
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.	Se cumple plenamente.	5
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.	Se cumple. en alto grado.	4
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	Se cumple. Aceptablemente.	3
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	Se cumple Aceptablemente.	3
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.	NO se cumple.	1
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.	No sabe	0
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	Se cumple. Aceptablemente.	3
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.	Se cumple. Aceptablemente.	3
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.	No sabe.	0

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	No sabe.	0
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	NO se Cumple.	1
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.	No se Cumple.	1
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	Se Cumple. Aceptablemente.	3
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	NO sabe.	0
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	Se cumple en alto grado	4
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	NO se Cumple.	1
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	NO se Cumple.	1
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	NO sabe.	0
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	NO sabe.	0
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.	NO sabe	0
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	NO sabe	0
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	NO sabe	0
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	NO se Cumple.	1
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.	NO sabe	0
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso	NO sabe	0
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.	NO sabe	0

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	NO sabe.	0
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	Se cumple. insatisfactoriamente	2
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	NO sabe	0
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	NO sabe	0
48	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.	NO sabe	0
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		0
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.		2
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.		0
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.		0
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)		0
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.		0
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.		0
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.		0
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		0
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.		0



## MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

### TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

#### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: Gestión Operativa.  
 Fecha: 12 ABRIL 2016  
 Nombre: Yolanda Villada Sandoz

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

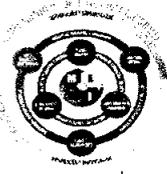
Valor	Descripción
0	No sabe
1	No se cumple
2	Se cumple insatisfactoriamente
3	Se cumple aceptablemente
4	Se cumple en alto grado
5	Se cumple plenamente

Valor	Descripción	Respuesta	Valor
	<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>		
	<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>		
	<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>		
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	No sabe	0
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	No sabe	0
	<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>		
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	Se cumple insatisfactoriamente	2
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	Se cumple insatisfactoriamente	2
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	No sabe	0
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	Se cumple aceptablemente	3
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	Se cumple aceptablemente	3
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	Se cumple aceptablemente	3

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	No sabe	0
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	No sabe	0
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.	Se cumple aceptablemente	3
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	Se cumple aceptablemente	3
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).	No sabe	0
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	No sabe	0
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.	No se cumple	1
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.	No se cumple	1
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)	No sabe	0
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.	Se cumple en alto grado.	4
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.	Se cumple en alto grado.	4
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	Se cumple en alto grado	4
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	No sabe.	0
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.	No sabe	0
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.	No sabe	0
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	No sabe	0
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.	No sabe	0
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.	No sabe	0

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	no se cumple	1
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	NO se cumple.	1
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.	no sabe	0
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	no se cumple	1
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	no se cumple	1
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	no se cumple	1
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	no se cumple	1
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	no se cumple	1
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	no se cumple	1
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	no se cumple	1
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.	no se cumple	1
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	se cumple insatisfacción	2
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	se cumple Aceptablemente	3
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	se cumple Aceptablemente	3
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.	no sabe	0
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso	no sabe	0
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.	no sabe	0

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	NO Sabe	0
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	Se cumple Insatisfactorio mucho	2
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	no sabe	0
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	no sabe	0
48	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.	no sabe	0
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	NO Sabe	0
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	Se cumple aceptablemente	3
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	Se cumple Aceptablemente	3
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	no Sabe	0
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	NO Sabe	0
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	NO Sabe	0
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	NO Sabe	0
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	NO Sabe	0
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.	Se cumple Insatisfactorio	2
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	no Sabe	0



## MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

### TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

#### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: gestión Operativa

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: Jose Ramiro Parada Polido

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

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

Valor	Descripción	Respuesta	Calificación
<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>			
<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	Se cumple aceptablemente.	3
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	Se cumple aceptablemente.	3
<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	Se cumple aceptablemente.	3
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	Se cumple aceptablemente.	3
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	Se cumple insatisf.	2
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	Se cumple insatisf.	2
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	Se cumple insatisf.	2
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	Se cumple aceptablemente.	3

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	Se cumple insatisf.	2
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	Se cumple aceptablemente.	3
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		5
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	Se cumple aceptablemente.	3
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		3
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	Se cumple aceptable.	3
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.	Se cumple aceptablemente.	3
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.	Se cumple en alto grado	4
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)	Se cumple en alto grado	4
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.	Se cumple plenamente.	5
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.	Se cumple aceptablemente.	3
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	Se cumple aceptablemente.	3
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	Se cumple en alto grado	4
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.	Se cumple aceptablemente.	3
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.	Se cumple aceptable.	3
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	Se cumple aceptablemente.	3
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.	Se cumple aceptablemente.	3
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.	Se cumple aceptablemente.	3

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	Se cumple insatisfactoriamente.	2
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	Se cumple satisfactoriamente.	2
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	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 cumple aceptablemente.	3
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	Se cumple aceptablemente.	3
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	Se cumple insatisfactoriamente.	2
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	Se cumple aceptablemente.	3
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	Se cumple insatisfactoriamente.	2
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	Se cumple aceptablemente.	3
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	Se cumple aceptablemente.	3
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	Se cumple insatisfactoriamente.	2
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.	No se cumple.	1
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	Se cumple insatisfactoriamente.	2
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	Se cumple aceptablemente.	3
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	Se cumple aceptablemente.	3
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.	Se cumple aceptablemente.	3
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso	No se cumple.	1
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.	Se cumple insatisfactoriamente.	2

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			<b>0</b>
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	Se cumple aceptablemente.	3
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	Se cumple aceptablemente.	3
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	Se cumple aceptablemente.	3
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	Se cumple insatisfactoriamente.	2
48	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.	Se cumple insatisfactoriamente.	2
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			<b>0</b>
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	Se cumple insatisfactoriamente.	2
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	Se cumple aceptablemente.	3
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	Se cumple en alto grado.	4
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	Se cumple aceptablemente.	3
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	Se cumple en alto grado.	4
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	Se cumple aceptablemente.	3
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			<b>0</b>
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	Se cumple aceptablemente.	3
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	Se cumple aceptablemente.	3
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.	Se cumple en alto grado.	4
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	Se cumple en alto grado.	4



**MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO**

**TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA**

**AUTOEVALUACION DEL CONTROL**

Proceso: Gestión Operativa.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: Esperanza Toro RIVERA

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego dirijase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

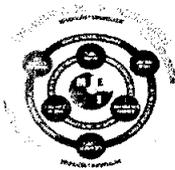
- | Valor | Descripción                    |
|-------|--------------------------------|
| 0     | No sabe                        |
| 1     | No se cumple                   |
| 2     | Se cumple insatisfactoriamente |
| 3     | Se cumple aceptablemente       |
| 4     | Se cumple en alto grado       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

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
COMPONENTE: TALENTO HUMANO			
ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	No sabe	0
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	No sabe	0
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	Se Cumple Aceptable.	3
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	Se Cumple Aceptable	3.
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	Se Cumple Acepta	3
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	Se Cumple Acept	3
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	Se Cumple Aceptable	3.
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	Se Cumple Acept	3

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	Se cumple Aceptab	3.
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	Se cumple Acep.	3.
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.	Se cumple Acep	3.
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	Se cumple Acepta.	3.
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).	No sabe.	0
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	Se cumple Acept.	3.
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.	Se cumple Acepta.	3
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.	Se cumple Acept.	3
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)	Se cumple en alto grado	4
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.	Se cumple. en alto G	4.
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.	Se cumple. en alto G.	4.
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	Se cumple. en alto G.	4.
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	Se cumple. en alto G.	4.
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma decisiones para evitar desviaciones.	Se cumple. Acept.	3
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera mas fácil.	Se cumple Acept.	3
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	Se cumple en alto	4.
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.	Se cumple Acept.	3.
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.	Se Acepta Acept.	3

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	No sabe	0
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	No sabe	0
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	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 cumple ACEPT.	3.
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	Se cumple ACEPT.	3.
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	Se cumple ACEPT.	3.
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	Se cumple ACEPT.	3.
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	Se cumple ACEPT.	3.
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	Se cumple ACEPT.	3.
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	Se cumple ACEPT.	3.
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	ACEPTA	3
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.	Se cumple INSATI	2.
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	Se cumple ACEPT.	3.
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	Se cumple ACEPT.	3.
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	Se cumple ACEPT.	3.
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.	Se cumple ACEPT.	3.
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso	Se cumple ACEPT.	3.
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.	Se cumple ACEPT.	3

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	Se cumple ACEP	3
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	Se cumple, en alto grado	4
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	Se cumple ACEP	3.
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	Se cumple ACEP	3.
48	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.	Se cumple ACEP	3
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	Se cumple cumple	3.
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	Se cumple en alto G.	4.
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	Se cumple en alto G	4.
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	Se cumple. ACEP	3.
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	Se cumple ACEP	3.
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	Se cumple ACEP	3.
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	Se cumple ACEP	3
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	Se cumple en alto G.	4.
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.	Se cumple mejoramiento	5
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	Se cumple ACEP	3.



## MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

### TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

#### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: Sección Operativa

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: Ayde Aguilar Rondon

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

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

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
COMPONENTE: TALENTO HUMANO			
ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.		3
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.		1
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.		4
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.		3
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afectan el que hacer institucional.		3
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.		2
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.		3
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.		3

	<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>		
	<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>		
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.		3
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.		3
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		4
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.		4
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		0
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.		0
	<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>		
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		4
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		4
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		4
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.		5
	<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>		
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		4
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		3
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		3
	<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>		
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.		4
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.		0
	<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>		
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		3
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		3
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		3

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.		3
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.		2
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.		3
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.		3
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.		2
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.		2
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.		3
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.		3
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.		2
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.		2
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		2
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.		1
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.		1
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.		3
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		3
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		2
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		3

	<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>		
	<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>		
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?		3
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?		4
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.		4
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.		3
48	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.		3
	<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>		
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		3
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.		4
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.		3
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.		2
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)		3
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.		3
	<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>		
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.		3
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.		3
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		3
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.		3



# MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

## TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: GESTION OPERATIVA

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: ANTONIA MENESES CADENA

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego dirijase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

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

No.	Afirmación	Descripción	Valor
	<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>		
	<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>		
	<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>		
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	NO SE	0
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	NO SE	0
	<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>		
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.		3
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.		3
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.		3
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.		3
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.		4
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.		3

	<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>		
	<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>		
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.		3
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.		3
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		4
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.		4
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		3
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.		4
	<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>		
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		4
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		4
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		3
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.		4
	<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>		
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		4
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		4
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		3
	<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>		
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.		3
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.		3
	<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>		
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		4
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		4
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		4

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.		3
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.		3
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.		4
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.		4
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.		4
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.		4
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.		4
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.		3
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.		3
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.		3
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		1
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.		1
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.		1
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.		1
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		3
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		1
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		3

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?		4
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?		4
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.		3
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.		3
48	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.		3
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		3
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.		4
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.		4
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.		3
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)		3
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.		4
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.		4
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.		3
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		4
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.		4



**MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO**

**TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA**

**AUTOEVALUACION DEL CONTROL**

Proceso: CONTRATACION  
 Fecha: ABRIL 13/2016  
 Nombre: EDGAR FRANCO

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

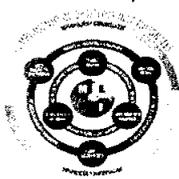
- | Valor | Descripción                    |
|-------|--------------------------------|
| 0     | No sabe                        |
| 1     | No se cumple                   |
| 2     | Se cumple insatisfactoriamente |
| 3     | Se cumple aceptablemente       |
| 4     | Se cumple en alto grado       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

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
COMPONENTE: TALENTO HUMANO			
ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.		1
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.		1
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.		4
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.		3
5	Los procesos de reinducción le felicitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.		3
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.		4
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.		5
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.		3

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.		1
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.		2
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.		4
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.		3
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).		4
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.		4
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.		4
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.		4
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)		(2)3
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.		4
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.		5
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.		4
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.		4
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.		5
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.		5
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.		3
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.		4
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.		3

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.		1
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.		3
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.		3
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.		3
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.		3
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.		3
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.		3
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.		3
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.		4
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.		4
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.		4
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.		3
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.		4
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.		4
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.		5
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso		5
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.		5

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?		2
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?		3
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.		3
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.		2
48	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.		1
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		4
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.		4
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.		4
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.		2
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)		2
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.		2
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.		4
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.		3
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		3
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.		3



**MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO**

**TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA**

**AUTOEVALUACION DEL CONTROL**

Proceso: GESTION OPERATIVA  
 Fecha: 13 DE ABRIL DE 2016  
 Nombre: CONSUELO GARZON RODRIGUEZ

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

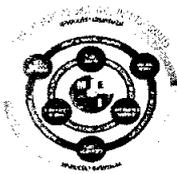
- | Valor | Descripción                    |
|-------|--------------------------------|
| 0     | No sabe                        |
| 1     | No se cumple                   |
| 2     | Se cumple insatisfactoriamente |
| 3     | Se cumple aceptablemente       |
| 4     | Se cumple en alto grado       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

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>			
<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	3	
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	3	
<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	3	
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	3	
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	2	
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	2	
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	2	
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	3	

	<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>		
	<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>		
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	2	
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	3	
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.	5	
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	3	
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).	3	
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	3	
	<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>		
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.	3	
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.	4	
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)	4	
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifiqué el producto que genera.	5	
	<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>		
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.	3	
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	3	
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	4	
	<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>		
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.	3	
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.	3	
	<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>		
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	3	
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.	3	
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.	3	

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	3	
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	2	
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.	3	
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	3	
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	2	
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	3	
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	2	
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	3	
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	3	
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	2	
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.	1	
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	2	
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	3	
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	3	
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.	3	
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso	1	
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.	2	

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	3	
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	3	
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	3	
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	2	
48	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.	2	
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	2	
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	3	
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	4	
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	3	
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	4	
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	3	
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	3	
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	3	
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.	4	
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	4	



## MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

### TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

#### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: Gestión operativa  
Fecha: 12-04-2016  
Nombre: Hernando Ojeda

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

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

	Afirmación	Descripción	Valor
	<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>		
	<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>		
	<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>		
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	Se cumple aceptablemente	3
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	Se cumple plenamente	5
	<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>		
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	Se cumple aceptablemente	3
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	Se cumple aceptablemente	3
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	Se cumple aceptablemente	3
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	Se cumple aceptablemente	3
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	Se cumple aceptablemente	3
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	Se cumple aceptablemente	3

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	Se cumple Aceptablemente	3
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	Se cumple Aceptablemente	3
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.	Se cumple en todo grado	4
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	Se cumple Aceptablemente	3
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).	NO sabe	0
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	NO sabe	0
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.	Se cumple insatisfactorio no se	2
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.	Se cumple Aceptablemente	3
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)	Se cumple Aceptablemente	3
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.	Se cumple plenamente	5
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.	Se cumple Aceptablemente	3
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	Se cumple Aceptablemente	3
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	Se cumple Aceptablemente	3
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.	Se cumple Aceptablemente	3
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.	Se cumple Aceptablemente	3
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	Se cumple Aceptablemente	3
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.	Se cumple Aceptablemente	3
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.	Se cumple Aceptablemente	3

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	NO sabe	0
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	se cumple aceptablemente	3
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.	NO sabe	0
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	NO sabe	0
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	NO sabe	0
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	NO sabe	0
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	se cumple aceptablemente	3
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	NO sabe	0
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	se cumple aceptablemente	3
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	se cumple aceptablemente	3
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.	NO sabe	0
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	se cumple aceptablemente	0
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	NO sabe	0
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	se cumple aceptablemente	3
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.	se cumple aceptablemente	3
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso	se cumple en alto grado	4
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.	se cumple aceptablemente	3

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	no se he	0
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	se cumple aceptablemente	3
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	se cumple aceptablemente	3
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	se cumple aceptablemente	3
48	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.	se cumple aceptablemente	3
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	se cumple aceptablemente	3
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	se cumple aceptablemente	3
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	se cumple aceptablemente	3
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	se cumple aceptablemente	3
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	se cumple aceptablemente	3
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	se cumple aceptablemente	3
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	se cumple aceptablemente	3
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	se cumple aceptablemente	3
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.	se cumple en alto nivel	4
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	se cumple en alto nivel	4



**MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO**

**TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA**

**AUTOEVALUACION DEL CONTROL**

Proceso: GESTION OPERATIVA  
 Fecha: 12-04-2016  
 Nombre: JUAN CARLOS FERRAN H

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego diríjase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

- | 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           |

Valor	Descripción	Respuesta	Valor
<b>MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN</b>			
<b>COMPONENTE: TALENTO HUMANO</b>			
<b>ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:</b>			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	NO SABE	0
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	NO SABE	0
<b>DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:</b>			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	SE CUMPLE PLENAMENTE	5
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	SE CUMPLE INSUFICIENTE	2
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afectan el que hacer institucional.	NO SABE	0
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	SE CUMPLE ACEPTABLE	3
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	SE CUMPLE ACEPTABLE	3
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	SE CUMPLE ACEPTABLE	3

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	NO SABE	0
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	NO SABE	0
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.	SE CUMPLE ACEPTABLE	3
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	SE CUMPLE ACEPTABLE	3
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).	NO SABE	0
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	NO SABE	0
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.	NO SE CUMPLE	1
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.	NO SE CUMPLE	1
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)	NO SABE	0
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.	SE CUMPLE EN ALTO GRADO	4
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.	SE CUMPLE EN ALTO GRADO	4
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	SE CUMPLE EN ALTO GRADO	4
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	NO SABE	0
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.	NO SABE	0
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.	NO SABE	0
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	SE CUMPLE PLENAMENTE	5
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.	NO SABE	0
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.	SE CUMPLE ACEPTABLE	3

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	NO SE CUMPLE	1
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	NO SE CUMPLE	1
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.	NO SABE	0
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	NO SE CUMPLE	1
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	NO SE CUMPLE	1
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	NO SE CUMPLE	1
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	SE CUMPLE INSUFICIENTE	2
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	NO SABE	0
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	SE CUMPLE INSUFICIENTE	2
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.	NO SABE	0
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	SE CUMPLE INSUFICIENTEMENTE	2
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	NO SABE	0
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.	NO SABE	0
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso	NO SABE	0
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.	NO SABE	0

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	SE CUMPLE INADECUADAMENTE	2
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	SE CUMPLE EN ALTO GRADO	4
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	NO SE HA HECHO	0
48	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.	SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	NO SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	SE CUMPLE ACEPTABLEMENTE	3
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.		3
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	4	SE CUMPLE ALTO GRADO



## MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

### TERMINAL DE TRANSPORTES DE FUSAGASUGA

#### AUTOEVALUACION DEL CONTROL

Proceso: Gestión Operativa  
Fecha: 12 de abril 2016  
Nombre: Martha Isabel Vargas Rodriguez

**INSTRUCCION:** Para el diligenciamiento de la encuesta lea detenidamente cada afirmación (columna B) y luego dirijase a la columna C (Descripción) y en cada celda de acuerdo a la afirmación, escoja una de las respuestas ubicadas en la lista desplegable de la parte inferior derecha de cada celda.

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

MODULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN			
COMPONENTE: TALENTO HUMANO			
ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ÉTICOS:			
1	Conoce el documento o código de ética que contiene los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.	No sabe	0
2	El documento o código de ética fue elaborado de una manera participativa, involucrando a los funcionarios.	No sabe	0
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO:			
3	Se cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados y socializados que permiten definir los perfiles de los puestos de trabajo que conforman la planta de personal.	Se cumple aceptablemente	3
4	Los procesos de inducción le facilitaron a los servidores conocer los principios y valores establecidos en el Ideario Etico, las políticas de talento humano, la cultura organizacional de la empresa y el ejercicio de sus funciones.	Se cumple aceptablemente	3
5	Los procesos de reinducción le facilitaron a los servidores la actualización en cuanto a cambios organizacionales, técnicos y/o normativos que afecten el que hacer institucional.	No sabe	0
6	El plan institucional de formación y capacitación fue formulado de acuerdo a los lineamientos establecidos para realizarlos y responde de acuerdo a las necesidades de los funcionarios.	No sabe	0
7	Se adoptó y ejecutó programas de bienestar social laboral e incluyo en ellos la medición del clima laboral.	Se cumple aceptablemente	3
8	Se aplica el sistema institucional de evaluación del desempeño y con base en los resultados se hace el debido seguimiento.	Se cumple aceptablemente	3

<b>COMPONENTE: DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</b>			
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>			
9	La alta dirección emitió los lineamientos y las acciones de la entidad para el cumplimiento de su objeto social.	No sabe	0
10	La alta dirección fomenta la comunicación y retroalimentación entre los niveles de la organización.	No sabe	0
11	Conozco la Misión, Visión y Objetivos Institucionales de la entidad.	se cumple aceptablemente	3
12	Hay coherencia entre la Misión, Visión, Objetivos institucionales y las competencias y funciones asignadas a la entidad por la norma de creación.	se cumple aceptablemente	3
13	Conozco los planes de gestión anual (Planes Operativos).	se cumple aceptablemente	3
14	Los planes operativos se desarrollan de acuerdo a cronogramas y responsables.	se cumple aceptablemente	3
<b>MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS</b>			
15	El manual de procedimientos es utilizado como herramienta de consulta? Se cumple con las políticas y procedimientos establecidos en él.	No sabe	0
16	Los procedimientos documentados les ha permitido a los responsables de los mismos, conocer sus actividades, comprenderlas y ejecutarlas.	No se cumple	1
17	En el modelo de operación de la entidad se identifica claramente la clasificación de los procesos estratégicos, Misionales, de Apoyo y Evaluación y la interrelación entre cada uno de ellos, las caracterizaciones de procesos, donde se identifica las actividades que los conforman, los procedimientos diseñados, así como sus entradas (insumos) y salidas (productos)	se cumple plenamente	5
18	Conozco a qué proceso de la entidad corresponden las labores que ejecuto e identifico el producto que genera.	se cumple plenamente	5
<b>ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL</b>			
19	La entidad cuenta con una estructura organizacional flexible que permite identificar claramente los niveles de responsabilidad y autoridad.	se cumple aceptablemente	3
20	La estructura organizacional facilita la comunicación entre los diferentes niveles y por tanto contribuye al cumplimiento de los objetivos institucionales.	se cumple aceptablemente	3
21	Se ha socializado a los servidores la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	se cumple aceptablemente	3
<b>INDICADORES DE GESTIÓN</b>			
22	Existen indicadores definidos para medir la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos y se realizan mediciones periódicas que permiten la toma de decisiones para evitar desviaciones.	se cumple aceptablemente	3
23	Existen fichas de indicadores que permiten consultarlos de manera más fácil.	No sabe	0
<b>POLÍTICAS DE OPERACIÓN:</b>			
24	La entidad cuenta con lineamientos o directrices para hacer eficiente la operación de los procesos definidos.	No sabe	0
25	Se conocen y se han socializado las políticas de operación a todos los servidores de la entidad.	No sabe	0
26	Las políticas de operación han facilitado la ejecución de los procesos y las actividades, en cumplimiento de los objetivos institucionales.	No sabe	0

	<b>COMPONENTE: ADMINISTRACION DEL RIESGO</b>		
	<b>POLÍTICAS DE ADMINISTRACION DE RIESGOS</b>		
27	Se ha establecido desde la Alta Dirección la Política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.	No Se cumple	1
28	Se han divulgado las Políticas de Administración del Riesgo y los Mapas de Riesgo a todos los funcionarios.	No Se cumple	1
	<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>		
29	La entidad tiene identificados los eventos de riesgo tanto internos como externos que pueden afectar negativa o positivamente el logro de los objetivos institucionales.	No Sabe	0
	<b>ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO</b>		
30	La entidad tiene priorizados, clasificados y evaluados los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos.	No se cumple	1
31	Se está aplicando las acciones con el fin de evitar, reducir, transferir o asumir los riesgos.	No se cumple	1
32	Se han identificado las causas y efectos que generan los riesgos en la entidad.	No se cumple	1
	<b>MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</b>		
	<b>COMPONENTE: AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL</b>		
	<b>AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL Y GESTIÓN</b>		
33	Se realiza el fomento de la cultura del Control para concientizar a los funcionarios de la necesidad de realizar periódicamente ejercicios de Autoevaluación.	No se cumple	1
34	La entidad tiene planificada la frecuencia de revisión por parte de la dirección.	No se cumple	1
35	Se comprende en la entidad la metodología e instrumentos utilizados para el análisis de Indicadores.	No se cumple	1
36	La dependencia discute los resultados del análisis de indicadores con los funcionarios públicos responsables de los procesos.	No se cumple	1
	<b>COMPONENTE: AUDITORIA INTERNA</b>		
	<b>AUDITORIA INTERNA</b>		
37	Los servidores públicos conocen el Programa Anual de Auditorías de la entidad.	No se cumple	1
38	La dependencia analiza los resultados de las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno y retroalimenta a los funcionarios públicos responsables de los procesos.	Se cumple inadecuadamente	2
39	La dependencia responde oportunamente a las situaciones y/o hallazgos encontrados por los auditores internos y externos relativos al control.	No se cumple	1
40	Las auditorías realizadas por la oficina de Control Interno han coadyuvado en la mejora del desempeño del proceso.	No se cumple	1
	<b>COMPONENTE: PLANES DE MEJORAMIENTO</b>		
	<b>PLAN DE MEJORAMIENTO</b>		
41	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución, recursos y medidas para su seguimiento.	No sabe	0
42	Los servidores públicos conocen los Planes de Mejoramiento (AC-AP) a nivel Institucional y los correspondientes a su proceso	No sabe	0
43	Los Planes de Mejoramiento (AC-AP) son eficaces para mejorar sustancialmente el desempeño de la entidad.	No sabe	0

<b>EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EXTERNA</b>			
44	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). Esta información es utilizada como insumo en el desarrollo de los procesos?	No sabe	0
45	Se cuenta y se conocen los mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía. El análisis de esta información es utilizada para obtener información acerca de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio?	Se cumple insatisfactoriamente	2
46	Se cuenta con información sobre la satisfacción de los usuarios frente a la calidad en la prestación de los servicios.	No sabe	0
47	Se ha informado a la ciudadanía acerca de los mecanismos de participación que pueden utilizar frente a la entidad.	No sabe	0
48	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.	No sabe	0
<b>INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN INTERNA</b>			
49	Se identifican fácilmente las fuentes internas que proveen información a la entidad: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	Se cumple insatisfactoriamente	2
50	La información que se requiere para realizar las funciones en el puesto de trabajo es fácilmente accesible.	Se cumple insatisfactoriamente	2
51	El proceso de peticiones, quejas y reclamos es insumo para el mejoramiento continuo.	Se cumple aceptablemente	3
52	Se consultan las tablas de retención documental para obtener información necesaria para el desarrollo de las diferentes actividades de los procesos.	No sabe	0
53	Se cumple con los parámetros normativos establecidos para la gestión documental. (Ley General de Archivos y reglamentarios)	No sabe	0
54	Han sido pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas, y la manera de llevarlos a cabo.	No sabe	0
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b>			
55	Los sistemas de información implementados en la entidad garantizan tanto la generación y recopilación de información como la divulgación y circulación de la misma de una manera ágil y oportuna.	Se cumple aceptablemente	3
56	Los sistemas de información facilitan la generación de información y su presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.	Se cumple insatisfactoriamente	2
57	La entidad cuenta con medios de comunicación efectivos y oportunos para informar a las partes interesadas.	Se cumple insatisfactoriamente	2
58	Los medios de comunicación contribuyen a la retroalimentación para el mejoramiento continuo.	No sabe	2

	<h1>CONTROL DE DOCUMENTOS</h1>	Código: <b>PRO-GCM-06</b>
		Versión: <b>02</b>
		Página <b>1 de 8</b>

## 1. OBJETIVO

Establecer un sistema adecuado para la solicitud, elaboración, edición, modificación, anulación, revisión, aprobación y control de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de la Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento aplica a todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de la Empresa que deben ser controlados y que inciden en la calidad del servicio.

## 3. DESARROLLO:

### A. ESTRUCTURA DE LA DOCUMENTACIÓN:

Logotipo de la empresa:	 Cuando se imprima en papel membreado no llevara este recuadro con el logo, ya que la hoja lo tiene.
Nombre del documento:	Está ubicado en el cuadro del centro, y allí se coloca el nombre del documento.
Código:	<p>Todos los documentos que hacen parte del SGC, tienen un código de identificación formado por OCHO (8) caracteres, SEIS (6) alfabéticos y DOS (2) numéricos.</p> <p><b>PRIMER GRUPO DE CARACTERES ALFABÉTICOS:</b></p> <p>Pertenece al tipo de documento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PRO: Procedimientos.</li> <li>• MAN: Manual de Calidad.</li> <li>• INS: Instructivo.</li> <li>• FOR: Formato.</li> <li>• ESP: Especificaciones.</li> </ul>



## CONTROL DE DOCUMENTOS

Código: PRO-GCM-06

Versión: 02

Página 2 de 8

	<p>SEGUNDO GRUPO DE CARACTERES ALFABÉTICOS: Pertenece a las iniciales del proceso de origen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• GGE: Gestión Gerencial.</li><li>• GSC: Gestión del Servicio al Cliente</li><li>• GOP: Gestión Operativa</li><li>• GTH: Gestión del Talento Humano</li><li>• GRE: Gestión de Recursos Físicos</li><li>• GRF: Gestión de Recursos Financieros</li><li>• GCO: Gestión Contractual</li><li>• GJU: Gestión Jurídica</li><li>• GCM: Gestión de Comunicaciones</li><li>• GDE: Gestión de Evaluación, Control y Mejora</li></ul> <p>El Séptimo y Octavo caracteres son numéricos y forman una secuencia numérica ascendente, obedeciendo al orden de emisión para cada área.</p>
Versión:	Se establece el número de la actualización del documento, iniciando en 00 y cada que se realice una modificación el consecutivo cambia en orden ascendente.
Paginación:	Se establece el número de la página actual, haciendo relación a la cantidad de páginas del documento.

### B. DESARROLLO DE LOS DOCUMENTOS:

#### PARA PROCEDIMIENTOS:

- Se establece el OBJETIVO de la información descrita en ese documento.
- Se establece el ALCANCE del documento, es decir, su límite de aplicación.
- Se establece el DESARROLLO, donde se describen las actividades a realizar, sus responsables y registro necesarios (Procedimientos) y la descripción del SGC por cada requisito de la norma (Manual de Calidad).
- Se establecen las DEFINICIONES de algunas palabras utilizadas en el documento y que se requiere su total claridad para poder entenderlo.
- Se establece el CONTROL DE CAMBIOS donde se registra la versión, pág, ítem, descripción y fecha del procedimiento.

	<b>CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	Código: <b>PRO-GCM-06</b>
		Versión: <b>02</b>
		Página <b>3 de 8</b>

**PARA INSTRUCTIVOS, FORMATOS, OTROS DOCUMENTOS Y ESPECIFICACIONES:**

Se diseñan cuadros de acuerdo a las necesidades, o simplemente se define el contenido del documento.

**PARA RESOLUCIONES:**

<b>NUMERO DE RESOLUCION:</b>	Se escribe el número de resolución.
<b>FECHA:</b>	Se escribe la fecha de la resolución emitida.
<b>CONSIDERANDO:</b>	Se define la justificación de la resolución
<b>RESUELVE:</b>	Se define lo que se va establecer o autorizar en la resolución.
<b>COMUNIQUESE Y CUMPLASE:</b>	Forma de notificarse la resolución.
<b>FIRMAS:</b>	De los responsables de la emisión de la resolución.

**PARA ACTAS:**

<b>FECHA:</b>	Se escribe la fecha de la reunión.
<b>TIPO DE REUNIÓN:</b>	Se define si es Junta Directiva, Comité de Calidad, o cualquier tipo de reunión donde se requiera llevar acta.
<b>ASISTENTES:</b>	Se enumeran los nombres de los asistentes a la reunión.
<b>LUGAR DE REUNIÓN:</b>	Ubicación.
<b>OBJETIVO:</b>	Se describe la finalidad de la reunión.

- Se establece el Orden del día.
- Se describen los aspectos importantes dentro de la reunión (desarrollo).
- Los asistentes firman.

**PARA MEMORANDOS Y CIRCULARES:**

<b>FECHA:</b>	Se escribe la fecha de elaboración de la circular o memorando.
<b>EMITIDO POR:</b>	Se escribe el nombre del proceso emisor del documento.
<b>PARA:</b>	Para quien o quienes va dirigido el documento.
<b>ASUNTO:</b>	La finalidad de la información descrita en el documento.

- Se realiza la descripción de la información que se requiere divulgar.

	<b>CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	Código: <b>PRO-GCM-06</b>
		Versión: <b>02</b>
		Página <b>4 de 8</b>

- Firma la persona responsable de la circular o memorando.
- Al final del documento en letra tamaño 6, se escribe el nombre y el cargo de la persona que edito el documento.

#### PARA OFICIOS INTERNOS Y EXTERNOS:

<b>Nº OFICIO</b>	Se escribe el numero de radicado según el consecutivo
<b>FECHA:</b>	Se escribe la fecha de elaboración del oficio
<b>DIRIGIDO A:</b>	Se escribe el nombre de la persona a la cual va dirigido el oficio, cargo y nombre de la empresa
<b>REFERENCIA O ASUNTO</b>	La finalidad del oficio
<b>DESCRIPCION:</b>	La información que debe contener el oficio
<b>AGRADECIMIENTO:</b>	Palabras de cortesía para agradecer según oficio emitido
<b>FIRMA:</b>	Persona que firma el oficio que se emite, incluido el cargo y nombre de la empresa
<b>ELABORADO POR:</b>	Persona que elabora el oficio
<b>REVISADO POR:</b>	Persona que revisa el oficio que se emite

## 2. DESARROLLO DEL CONTROL DE DOCUMENTOS

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REGISTRO</b>
1. Cuando surja la necesidad de establecer un documento para el SGC, se debe entregar al Profesional Universitario el borrador del documento para el análisis de la viabilidad.	Interesado	N.A.
2. Se realiza el análisis de la viabilidad de la creación del documento. Si no se justifica se informa al interesado, Si existe viabilidad se establece responsable de la elaboración del documento.	Profesional Universitario Calidad	N.A.
3. Se elabora documento.	Interesado	N.A.
4. Se revisa documento. Si se decide aceptarlo, se pasa para su aprobación final por parte del Gerente.	Profesional Universitario Calidad Gerente	
5. Si no se esta de acuerdo y se requiere de algún cambio se realizan los ajustes necesarios para la aprobación final.	Interesado	N.A.



## CONTROL DE DOCUMENTOS

Código: PRO-GCM-06

Versión: 02

Página 5 de 8

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REGISTRO</b>
6. Después de aprobado el documento se ingresan los datos generales en el Listado Maestro de Documentos. Este listado se actualiza cada vez que ocurra un cambio en cualquiera de los documentos allí listados.	Secretaria Ejecutiva	Listado Maestro de Documentos FOR-GCM-01
7. Se distribuye y se entregan copias del original, a los procesos involucrados. El documento original permanece en Gestión de Calidad en medio magnético. Los documentos se pueden distribuir por la red cuando no sea necesario tenerlos en medio físico.	Secretaria Ejecutiva	Distribución de la Documentación FOR-GCM-02
8. Cada proceso tiene una AZ cuyo contenido son los documentos necesarios para desarrollar las actividades, esta carpeta está ubicada en puntos de información establecidos para cada proceso.	Líder del proceso	N.A.
9. Cuando se requiera cambiar algún documento controlado por el SGC, se realiza solicitud.	Interesado	Solicitud de Cambio de Documentos FOR-GCM-03
10. Se analiza la solicitud del documento para su aprobación o rechazo.	Profesional Universitario Calidad	Solicitud de Cambio de Documentos FOR-GCM-03
11. Si se rechaza la solicitud se archiva y se informa al interesado, si se aprueba se realiza el nuevo documento, se retiran las copias existentes del documento y se eliminan, y el documento impreso que se encuentra en el punto de información establecidos cada proceso se guarda en la carpeta de Documentos Obsoletos y se identifica con el sello de OBSOLETO.	Profesional Universitario Calidad	N.A.
12. Se registra en el Formato establecido, y se distribuye a los interesados.	Secretaria Ejecutiva	Listado Maestro de Documentos FOR-GCM-01 Distribución de la Documentación FOR-GCM-01

	<b>CONTROL DE DOCUMENTOS</b>	Código: <b>PRO-GCM-06</b>
		Versión: <b>02</b>
		Página <b>6 de 8</b>

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REGISTRO</b>
13. Todos los documentos de origen externo que inciden en el SGC aplicables a la entidad se conocen y actualizan a través de la Internet y medio físico que sean emitidos por entes de control que rijan la entidad, los cuales deben ser radicados en la ventanilla única. El líder del proceso es el responsable en actualizar el FOR-GCM-04.	Líder del proceso	Listado Maestro de Documentos de Origen Externo FOR-GCM-04
14. Si después de actualizado un documento de origen externo, el anterior es necesario dejarlo por algún motivo, se debe identificar con el sello de OBSOLETO.	Profesional Universitario o líder del proceso	N.A.

#### **4. DEFINICIONES:**

##### **CONTROL DE DOCUMENTOS:**

Es el procedimiento establecido en la Terminal de Transporte de Fusagasugá para garantizar que la documentación relacionada con el Sistema de Gestión de Calidad de la empresa se mantenga actualizada en todos los niveles de la organización evitando usar los documentos obsoletos.

##### **MANUAL DE CALIDAD:**

Es el documento que recopila el Alcance del SGC, procedimientos documentados establecidos para el SGC o referencia a los mismos, una descripción de la interacción entre los procesos del SGC.

##### **PROCESO:**

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

##### **PROCEDIMIENTO:**

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso. Pueden estar documentados o no.

##### **ESPECIFICACIÓN:**

Documento que declara requerimientos.



## CONTROL DE DOCUMENTOS

Código: PRO-GCM-06

Versión: 02

Página 7 de 8

### INSTRUCTIVO:

Describe de manera detallada y específica la forma de efectuar, paso a paso, una actividad. Como dicha actividad requiere de una atención especial, posee no solo el objetivo y la secuencia de las actividades sino que en él se describen las acciones correctivas, manejo del material y los elementos necesarios para desarrollar dicha actividad.

### REGISTRO DE CALIDAD:

Documento que suministra “evidencia objetiva” de las actividades efectuadas o de los resultados logrados.

### LISTADO MAESTRO:

- Documento donde se consignan listas de documentos, procedimientos, Instructivos, registros, o cualquier elemento con sus respectivos códigos o referencias, que por su importancia dentro del SGC ameritan un control especial.

### DOCUMENTACIÓN DE ORIGEN EXTERNO:

Cualquier tipo de documento que se relacione con Calidad y que no haya sido generado por la empresa.

### 5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	PAG	ITEM	DESCRIPCIÓN	FECHA
00			Versión Original	12-12-2008
01	2	3.b	Se establece el CONTROL DE CAMBIOS donde se registra la versión, pág, ítem, descripción y fecha del procedimiento.	22-10-2009
02	6	13-14	Se reemplaza el ítem 13 que decía “Todos los documentos de origen externo que inciden en el SGC, serán controlados por el dueño de cada proceso que haga uso de ellos” por “Todos los documentos de origen externo que inciden en el SGC aplicables a la entidad se conocen y actualizan a través de la Internet y medio físico que sean emitidos por entes de control que rijan la entidad, los cuales deben ser radicados en la ventanilla única. El líder del proceso es el responsable en actualizar el FOR-GCM-04.” Se elimina el ítem 14 ya que se unifica con el ítem anterior	17-03-2010



## CONTROL DE DOCUMENTOS

Código: PRO-GCM-06

Versión: 02

Página 8 de 8

<b>Elaborado:</b> <i>Paola Andrea García Rey</i>	<b>Revisado:</b> <i>Sonia Origua</i>	<b>Aprobado:</b> José Ricardo Rodríguez Díaz
<b>Cargo:</b> Secretaria Ejecutiva	<b>Cargo:</b> Coordinadora de Calidad y Control Interno	<b>Cargo:</b> Gerente General
<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>	<b>Firma:</b>

DOCUMENTO CONTROLADO

	<h1>CONTROL DE REGISTROS</h1>	Código: PRO-GCM-07
		Versión: 01
		Página 1 de 5

## 1. OBJETIVO

Este procedimiento establece las directrices para identificar, controlar y conservar los registros de Calidad con el propósito de utilizarlos para demostrar la conformidad del servicio con los requisitos especificados y la operación eficiente del Sistema de Gestión de Calidad de Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasugá.

## 2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todos los registros que se generan en todos los procesos donde se realizan actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de Calidad, de acuerdo con los elementos de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001 versión 2.000.

## 3. DESARROLLO:

### 1. IDENTIFICACIÓN DE LOS REGISTROS:

#### A. REGISTROS SIMPLES:

Logotipo de la empresa:	 <p>Cuando se imprima en papel membreado no llevara este recuadro con el logo, ya que la hoja lo tiene.</p>
Nombre del registro:	Está ubicado en el cuadro del centro, y allí se coloca el nombre del registro.
Código:	<p>Formado por OCHO (8) caracteres, seis (6) alfabéticos y DOS (2) numéricos.</p> <p><b>PRIMER GRUPO DE CARACTERES ALFABÉTICOS:</b></p> <p>Pertenece al tipo de documento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FOR: Formato.</li> </ul> <p><b>SEGUNDO GRUPO DE CARACTERES ALFABÉTICOS:</b></p> <p>Pertenece a las iniciales del proceso de origen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GGE: Gestión Gerencial.</li> <li>• GSC: Gestión del Servicio al Cliente</li> <li>• GOP: Gestión Operativa</li> <li>• GTH: Gestión del Talento Humano</li> <li>• GRE: Gestión de Recursos Físicos</li> <li>• GRF: Gestión de Recursos Financieros</li> </ul>

	<h1>CONTROL DE REGISTROS</h1>	Código: PRO-GCM-07
		Versión: 01
		Página 2 de 5

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GCO: Gestión Contractual</li> <li>• GJU: Gestión Jurídica</li> <li>• GCM: Gestión de Comunicaciones</li> <li>• GDE: Gestión de Evaluación, Control y Mejora</li> </ul> <p>El Séptimo y octavo caracteres son numéricos y forman una secuencia numérica ascendente, obedeciendo al orden de emisión para cada área</p>
Versión:	Se establece el número de la actualización del documento, iniciando en 00 y cada que se realice una modificación el consecutivo cambia en orden ascendente.
Paginación:	Se establece el número de la página actual, haciendo relación a la cantidad de páginas del formato.
Formatos Preimpresos en tipografía:	Inicialmente mediante sello, se le adicionará el código de identificación a los formatos preimpresos, a medida que se envíen a realizar nuevos formatos, dicha identificación saldrá preimpresa en este, adicionalmente los dos únicos formatos que provisionalmente tendrán en su segundo grupo de caracteres alfabéticos dos letras serán el FOR-GO-05 y el FOR-GO-12, mientras se acaba existencia, luego tendrán los caracteres alfabéticos de tres letras serán FOR-GOP-05 y el FOR-GOP-12

## B. REGISTROS DEL SISTEMA:

Estos registros no se codifican, ya que son definidos por el Software aplicable.

## 2. ALMACENAMIENTO DE REGISTROS:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REGISTRO</b>
1. Archivar los registros en carpetas por cada proceso	Líder del proceso	Listado Maestro de Registros FOR-GCM-06
2. Se registran las carpetas en el FOR-GCM-06 en cada proceso. Asignar número a cada archivador para facilitar la búsqueda del documento.	Líder del proceso	Almacenamiento de Registros FOR-GCM-06
3. Al iniciar el año, cada proceso debe hacer entrega de las carpetas del año anterior que correspondan al archivo central obedeciendo lo establecido en	Encargado de Archivo de Gestión	Ingreso de Registros Archivo Central FOR-GCM-11



## CONTROL DE REGISTROS

Código: PRO-GCM-07

Versión: 01

Página 3 de 5

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REGISTRO</b>
las tablas de retención documental.		
4. Las carpetas que pasan al archivo central serán almacenadas en Cajas para Archivo Inactivo No.12, las cuales están ubicadas en estantería por año y por áreas.	Encargado de Archivo Central	Inventario de Archivo Central FOR-GCM-12
5. Los comprobantes de egreso e ingreso, libros de contabilidad, Notas de Contabilidad, Hojas de Vida de Personal retirado, son archivados y almacenados en el Archivo Central.	Encargado de Archivo Central	Control de Hojas de Vida de personal retirado FOR-GCM-10 Inventario de Archivo Central FOR-GCM-12

### 3. PROTECCIÓN DE LOS REGISTROS:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REGISTRO</b>
1. Conservar los registros de Medio Impreso en carpetas ubicadas en archivadores en cada dependencia, o en cajas (archivo central) protegidos de humedad, o cualquier otra condición que los pueda deteriorar.	Líder de cada procesos y encargado de los archivos de gestión y central	N.A.
2. Los archivos en Medio Magnético serán protegidos con claves de acceso asignada por el responsable del equipo y solo será conocida por encargado de Sistemas. Estas claves son cambiadas periódicamente.	Responsable de los equipos y de Sistemas	Claves de los equipos de computo FOR-GCM-13

### 4. RECUPERACIÓN DE LOS REGISTROS:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REGISTRO</b>
1. Realizar solicitud de préstamo de documentos ante el archivo central o de gestión.	Encargado de Archivo Central y de Gestión	Préstamo de documentos Archivo Central o de Gestión FOR-GCM-14



## CONTROL DE REGISTROS

Código: PRO-GCM-07

Versión: 01

Página 4 de 5

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REGISTRO</b>
2. Se localizará la carpeta solicitada y hará entrega de ella en condición de préstamo.	El encargado del Archivo Central y de Gestión	
3. Los registros magnéticos se protegerán realizando copias de seguridad diaria (equipo del responsable) y semanalmente (medio de almacenamiento de información). Mensualmente se realiza una copia la cual permanece fuera de la empresa. Los Archivos estaciones se realizara una copia medio de almacenamiento de información	Líder del proceso, encargado de elaborar copias de seguridad de las bases de datos.	Copia de Seguridad en medio de almacenamiento de información y equipo de cómputo.

### 5. TIEMPO DE RETENCIÓN:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REGISTRO</b>
1. Guardar los registros involucrados en el SGC de acuerdo a lo establecido en el listado maestro de registros el cual se establece según la necesidad y las tablas de retención documental	Encargado del Archivo de Gestión y Central	Listado Maestro de Registros FOR-GCM-05
2. Anualmente se realiza una revisión del inventario del archivo central y se determina cuales carpetas cumplieron su tiempo de retención, y mediante acta se realiza la solicitud de disposición final dirigida al Comité de Archivo.	Encargado de Archivo Central	Acta FOR-GCM-15

### 6. DISPOSICIÓN DE LOS REGISTROS:

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>REGISTRO</b>
1. Se determina el uso (romper, quemar, reutilizar o archivar) que se le dará a los registros después de haber cumplido su tiempo de retención definidos en el Listado Maestro de Registros y en las Tablas de Retención Documental.	Encargado de archivo de Gestión y Central	Acta FOR-GCM-15

	<h1>CONTROL DE REGISTROS</h1>	Código: PRO-GCM-07
		Versión: 01
		Página 5 de 5

#### 4. DEFINICIONES:

El almacenamiento de los registros es determinado de acuerdo a la necesidad, es decir: cronológico, consecutivo, alfabético, etc.

#### REGISTROS DE CALIDAD:

Fuente de información para evidenciar objetivamente el cumplimiento de requisitos específicos del servicio y del producto, o para verificar el buen funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad. Los registros de calidad adquieren su carácter de evidencia objetiva en el momento de ser diligenciados. Pueden presentarse en formatos o en medio electrónico.

#### FORMATOS PREIMPRESOS:

Son aquellos que proceden de una imprenta, impresora de computador o una fotocopidora.

#### REGISTROS EN MEDIO ELECTRÓNICO:

En La Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasugá los registros de medio electrónico son de dos tipos:

- a) **Simple:** Son aquellos que reflejan el resultado de un proceso de digitación manual.
- b) **Sistema:** Son aquellos que involucran una serie de procesos de validación en línea, donde existe un soporte automático a procesos que hacen parte del Sistema de Calidad de la Empresa.

#### 5. CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	PAG	ITEM	DESCRIPCIÓN	FECHA
00			Versión Original	12-12-2008
01	3	Literal 2 (5)	Cambio en la columna registro de los FOR-GCM-07-08-09 por el FOR-GCM-12	24-12-2009
01	4	Literal 4(3)	Cambiar el medio magnético CD por medio de almacenamiento de información	24-12-2009

Elaborado: Paola Andrea García	Revisado: <i>Sonia Patricia Origua Huerto</i>	Aprobado: José Ricardo Rodríguez Díaz
Cargo: Secretaria Ejecutiva	Cargo: Profesional Universitario de Calidad y Control Interno	Cargo: Gerente General
Firma:	Firma:	Firma:



# MANUAL DE CALIDAD

Código: MAN-GDE-01

Versión: 05

Página 1 de 23

## INTRODUCCION

1. OBJETO
2. ALCANCE
3. EMPRESA INDUSTRIAL Y COMERCIAL DEL ESTADO TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGA
  - 3.1. RESEÑA HISTORICA
  - 3.2. MISION
  - 3.3. VISION
  - 3.4. VALORES CORPORATIVOS
  - 3.5. PRINCIPIOS CORPORATIVOS
4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL
- 5 REFERENCIAS
- 6 SISTEMA GESTIÓN DE LA CALIDAD
  - 6.1. PLANIFICACION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD
  - 6.2. POLITICA DE CALIDAD Y OBJETIVOS DE CALIDAD
    - 6.2.1. RELACION ENTRE LA POLITICA Y LOS OBJETIVOS DE CALIDAD
    - 6.2.2. RELACION ENTRE OBJETIVOS DE CALIDAD Y LOS PROCESOS
  - 6.3. MAPA DE PROCESOS
    - 6.3.1. PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
      - 6.3.1.1. ESTRATEGICOS
      - 6.3.1.2. MISIONALES
      - 6.3.1.3. EVALUACION
7. MEDICION DE LOS PROCESOS
  - 7.1 EXCLUSIONES
  - 7.2 NIVELES DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
  - 7.3 REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
    - 7.3.1 ELABORACION DE DOCUMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
    - 7.3.2 PROCEDIMIENTO CONTROL PRODUCTO NO CONFORME
    - 7.3.3 PROCEDIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS
    - 7.3.4 PROCEDIMIENTO AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD
    - 7.3.5 PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS
    - 7.3.6 PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS
    - 7.3.7 PROCEDIMIENTO TRATAMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS
    - 7.3.8 PROCEDIMIENTO REVISION POR LA DIRECCION
8. MATRIZ DE RESPONSABILIDADES
9. MATRIZ DE RELACION ENTRE PROCESOS
10. DESCRIPCION DE LOS PROCESOS vs. REQUISITOS ISO9001
11. CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS (Anexos)
12. CONTROL DE CAMBIOS

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código: MAN-GDE-01</b>
		<b>Versión: 05</b>
		<b>Página 2 de 23</b>

## INTRODUCCION

**La Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga** con el propósito de cumplir con sus objetivos como una Empresa Industrial y Comercial del Estado que trabaja con estándares de calidad para garantizar la prestación del servicio de administración, control de la operatividad del transporte terrestre intermunicipal de pasajeros y de servicios complementarios de la Terminal, adopta un Sistema de Gestión de la Calidad que permita evaluar el desempeño especialmente dirigido a mejorar la calidad del servicio, adoptando una visión estratégica y satisfacer en general a clientes internos y externos, por este motivo y como respuesta a la necesidad del fortalecimiento de la Terminal como empresa, tiene establecido, documentado e implementado un Sistema de Gestión de Calidad y mejora continua, el cual involucra todos los requisitos descritos en la Norma ISO9001-2008, gracias a lo cual es posible lograr la satisfacción y superación de las expectativas de nuestros clientes y la mejora continua.

La implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en la E.I.C.E **Terminal de Transporte de Fusagasuga** refuerza su capacidad, con fundamento en la aplicación de la norma ISO9001-2008 como elemento de comprobación de su eficacia eficiencia y efectividad con los fines misionales establecidos en el marco legal aplicable y especialmente, en el empeño de lograr mejorar a través de la optimización de sus actividades, unificando los conceptos y estandarizando la ejecución de los procesos, hechos que garantizan la debida armonización y calidad en los resultados.

Como resultado de lo anterior, se presenta el Manual de Calidad de la E.I.C.E **Terminal de Transporte de Fusagasuga** MAN-GDE-01, documento que especifica el modelo de Gestión de la Calidad estructurado e implementado en nuestra Terminal para facilitar la socialización de los procesos, sus interacciones y demuestra la capacidad de la empresa para proveer en forma coherente su servicio.

El Sistema de Gestión de la Calidad contenido en el presente Manual de Calidad está totalmente adecuado a los requisitos establecidos en la Norma ISO9001-2008, aunque su implementación por sí misma no garantiza el éxito, se cuenta con el compromiso y concurso de todos los colaboradores de la empresa, gracias a lo cual ha sido posible el avance logrado hasta el momento.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código: MAN-GDE-01</b>
		<b>Versión: 05</b>
		<b>Página 3 de 23</b>

## **1. OBJETO**

El objeto del Manual de Calidad es definir y describir el sistema de Gestión de la Calidad, presentar los niveles de autoridad y responsabilidad, orientar a las partes interesadas respecto a los lineamientos, políticas, procedimientos y controles establecidos en el sistema así como una guía que permite informar sobre los principios, normas y procedimientos y demás herramientas orientadas hacia la mejora en la prestación del servicio.

## **2. ALCANCE**

El alcance del Sistema de Gestión de Calidad de la E.I.C.E Terminal de Transporte de Fusagasuga es:

- Administración y Control de la Operatividad del Transporte Terrestre Intermunicipal de pasajeros y los servicios de promoción de espacios publicitarios, comunicación a través de navegador, reproducción de documentos y custodia de equipajes.

## **3. LA E.I.C.E TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGA**

### **3.1 RESEÑA HISTORICA**

La Terminal de Transporte de Fusagasuga inicia como Sociedad de Economía Mixta, creada mediante escritura pública N° 002415 del 22 de noviembre de 1997, inscrita el 17 de marzo de 1999 bajo el número 00672407 del libro IX quedando constituida como sociedad comercial de economía mixta indirecta, del orden administrativo Municipal denominada "Terminal de Transportes de Fusagasuga S.A. "

Con fecha 14 de mayo de 2001, el Alcalde William García Fayad presento ante el Honorable concejo Municipal un proyecto de acuerdo el objeto de que se autorizara la liquidación de la Empresa Sociedad de Economía Mixta "Terminal de Transportes de Fusagasuga S.A., y en cuya exposición de motivos resalta el hecho de que la empresa presenta una nula rentabilidad y que para la fecha presentaba perdidas reales acumuladas de mas de sesenta y tres millones de pesos lo cual obligaba a tomar dicha decisión.

El proyecto fue aprobado mediante el Acuerdo N° 21 del 14 de Mayo de 2001, y en consecuencia La Sociedad fue declarada disuelta y en estado de liquidación. El 05 de abril de 2004, se inscribió el acta N° 002 de la asamblea extraordinaria de accionistas, por la cual se aprobó la cuenta final de la liquidación de la sociedad.

El Concejo Municipal expide el Acuerdo N° 02 del 06 de marzo de 2003 "Por medio del cual se crea la Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga" y el Acuerdo N° 09 de 2004 (por medio se modifica el acuerdo 02 del seis (06) de marzo de 2003) emanado por el Concejo Municipal de Fusagasuga en virtud de

	<h1>MANUAL DE CALIDAD</h1>	Código: MAN-GDE-01
		Versión: 05
		Página 4 de 23

que la Asamblea General de Socios, el 23 de marzo de 2002, aprobó la liquidación de la Empresa Terminal de Transportes de Fusagasuga S.A. y mediante Resolución No. 2459 de diciembre 24 de 2002, la Superintendencia de Puertos y Transportes, aprobó el inventario del Patrimonio Social de la Empresa Terminal de Transportes de Fusagasuga S.A. en liquidación.

La Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga inicia su operatividad el 12 de Mayo de 2004, Gerencia a cargo de la Administradora de Empresas Doctora Margoth Dixelis González hasta el 20 de Mayo de 2004, la sucede el Economista Doctor Héctor Orlando Rodríguez Monroy desde el 21 de Mayo de 2004 hasta el 16 de Enero de 2008.

En el año 2005 se emite la Resolución N° 1973 de Julio 17 de 2005 “Por la cual se concede Homologación de la Habilitación a la Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga”, el Decreto N° 0184 de 2005 de 21 de Septiembre de 2005 “Por medio de la cual se determina el área de influencia de la Empresa Industrial y Comercial del y Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga” y la Resolución Administrativa de la Secretaria de Transito y Transporte de la Fusagasuga N° 738 de Noviembre 2 de 2005 “ Por medio de la cual se toma una medida para el mejoramiento del servicio de transporte intermunicipal de pasajeros dentro de la Jurisdicción de Municipio de Fusagasugá”.

En Enero de 2006 se implementa la medida de imponer el Sello apropiado en las puertas de los vehículos de las Empresas de Transporte que hacen uso de la Terminal incrementándose los despachos de vehículos en un 80%.

El 01 de Marzo de 2007 se inicia la implementación del SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD ISO 9001-2008, la identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la Terminal se conoce como enfoque basado en procesos; identificados los siguientes: Gestión Gerencial, Gestión Servicio al Cliente, Gestión Operativa, Gestión de Talento Humano, Gestión de Recursos Físicos, Gestión Recursos de Financieros, Gestión Contractual, Gestión Jurídica, Gestión de Comunicaciones, Gestión Evaluación Control y Mejora, con el enfoque basado en procesos la Terminal busca proporcionar confianza a los clientes y a las partes interesadas, respecto al desempeño coherente de la organización, mejora de resultados coherentes y predecibles, ya que un resultado deseado se alcanza mas eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

Durante el año 2008 Gerencia la Terminal desde el 17 de Enero de 2008 el Contador Publico Dr. **JOSÉ RICARDO RODRÍGUEZ DÍAZ** dándole una nueva Imagen Institucional y eslogan Gerenciamos para su Bienestar e implantando nuevas directrices administrativas que contribuyen al mejoramiento continuó de las actividades cotidianas, en beneficio de los de los usuarios, habitantes del municipio y todos aquellos que interactúen comercial y socialmente con la Terminal.

	<h1>MANUAL DE CALIDAD</h1>	Código: MAN-GDE-01
		Versión: 05
		Página 5 de 23

### 3.2 MISIÓN

La Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga administra, controla y coordina las operaciones del transporte terrestre intermunicipal de pasajeros orientada a lograr con eficiencia y eficacia el control operativo y la prestación de servicios complementarios brindando comodidad, seguridad y oportunidad trabajando con el recurso humano integral, tecnología e infraestructura acorde para satisfacer las necesidades de los clientes que visitan la Terminal de la ciudad jardín de Colombia.

### 3.3. VISIÓN

La E.I.C.E. Terminal de Transportes de Fusagasugá al 2015 será reconocida como la empresa con el más alto nivel de calidad en el servicio, trabajando de la mano con un personal de alto nivel ético y moral que garantice el buen funcionamiento y la satisfacción de nuestros clientes.

### 3.4 VALORES CORPORATIVOS

- Responsabilidad
- Respeto
- Humildad
- Honestidad
- Justicia
- Compromiso
- Lealtad
- Trabajo en equipo
- Moral
- Servicio

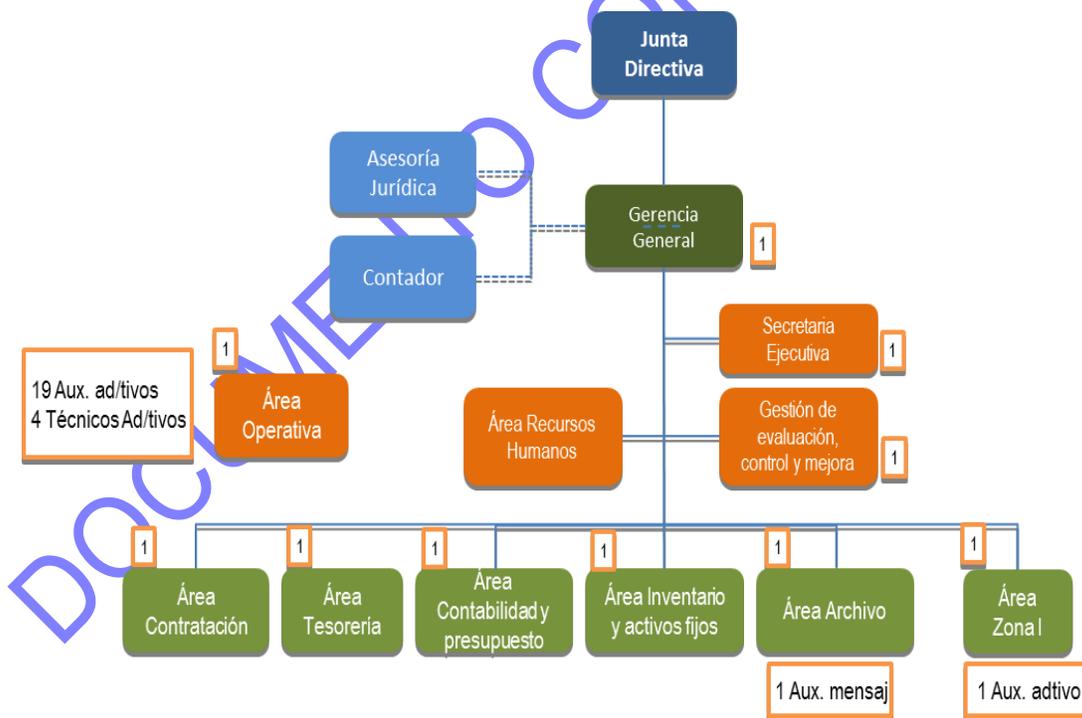
### 3.5 PRINCIPIOS

- Orientar sus acciones hacia la optimización del tránsito y tráfico de la Terminal y en la zona de influencia en pro de la satisfacción de los usuarios y de las empresas de transporte de pasajeros urbano e intermunicipal.
- Dedicar sus esfuerzos al ejercicio del control administrativo y operativo de las diferentes actividades de tránsito y tráfico y transporte de servicio público municipal e intermunicipal de pasajeros en las empresas urbanas e intermunicipales con espíritu de servicio, calidad y óptimos resultados
- Actuar bajo claros lineamientos éticos que le permiten el desarrollo personal y empresarial.

- Promueve el mejoramiento de la gestión y la formulación de nuevos proyectos negocio en beneficio de la comunidad siendo reconocidos como el gran enlace estratégico de servicio de pasajeros en el corredor vial del sur del departamento de Cundinamarca.

#### 4. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La E.I.C.E Terminal de Transporte de Fusagasuga tiene definida su estructura de acuerdo a lo establecido en la Resolución No. 086.



	<h1>MANUAL DE CALIDAD</h1>	Código: MAN-GDE-01
		Versión: 05
		Página 7 de 23

## 5. REFERENCIAS

- Ley 336 de 1996 Estatuto Nacional de Transporte.
- Decreto 2762 Diciembre 2001 Habilitación de Terminales.
- Resolución 2222 de 2002 Fija tarifas Tasas de Uso.
- Resolución 4222 de 2002 Adición a la Res. 2222.
- Resolución 6398 de 2002 Fijación base de calculo Tasas de Uso.
- Resolución 738 de 2005 Reglamentación sellos.
- Decreto 137 de 2009 Área de Influencia Terminal
- Decreto 138 de 2009 Recorridos dentro del perímetro urbano.

## 6. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

### 6.1 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

**La Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga** establece el sistema de Gestión de la Calidad con base en unos preceptos que permiten cumplir de manera efectiva el logro de su objeto social, definidos en objetivos institucionales y de calidad, con el objeto de garantizar y mejorar la prestación del servicio de administración, control de la operatividad del transporte terrestre intermunicipal de pasajeros y de servicios complementarios, generando beneficios hacia la comunidad y en general satisfacer las necesidades del cliente.

Cuando se presenten cambios que afecten el Sistema de Gestión de la Calidad, tiene la responsabilidad de garantizar la integridad del Sistema, identificando dichos cambios, evaluando su impacto, conveniencia y presentado un plan de acción al Comité Coordinador de Control Interno para su aprobación e implementación.

### 6.2 POLITICA DE CALIDAD y OBJETIVOS DE CALIDAD

La Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga esta diseñada estructuralmente para brindar los servicios con calidad, confiabilidad, seguridad, eficiencia, amabilidad y oportunidad a los usuarios, haciendo de ella una empresa rentable y comprometida con las necesidades y expectativas de la comunidad y del gremio transportador apoyándonos en el desarrollo de nuestro talento humano e innovación tecnológica, enfocada al mejoramiento continuo de cada uno de los procesos que la integran.

Para el logro de la política de calidad, la E.I.C.E Terminal de Transporte de Fusagasuga definió los siguientes objetivos de calidad.

- Satisfacer las necesidades de los clientes y usuarios de la terminal
- Gestionar adecuadamente el buen uso de los recursos físicos y financieros

- Asegurar la sostenibilidad y mejora del Sistema Integrado de Gestión, promoviendo el trabajo en equipo.
- Gestionar el desarrollo de competencias del personal para garantizar la calidad de los servicio

## 6.2.1 RELACION ENTRE LA POLITICA Y LOS OBJETIVOS DE CALIDAD

POLITICA DE CALIDAD				
OBJETIVOS DE CALIDAD	1. Brindar servicios con calidad, confiabilidad, seguridad, eficiencia, amabilidad y oportunidad a los usuarios	2. Haciendo de ella una empresa rentable y comprometida con las necesidades y expectativas de la comunidad y del gremio transportador	3. Apoyándonos en el desarrollo de nuestro talento humano e innovación tecnológica.	4. Enfocada al mejoramiento continuo de cada uno de los procesos que la integran
1. Satisfacer las necesidades de los clientes y usuarios de la terminal	★	★		
2. Gestionar adecuadamente el buen uso de los recursos físicos y financieros		★	★	
3. Asegurar la sostenibilidad y mejora del Sistema Integrado de Gestión, promoviendo el trabajo en equipo			★	★
4. Gestionar el desarrollo de competencias del personal para garantizar la calidad de los servicios			★	

## 6.2.2 RELACION ENTRE OBJETIVOS DE CALIDAD Y PROCESOS

OBJETIVOS DE CALIDAD	GESTION GERENCIAL	GESTION SERVICIO AL CLIENTE	GESTION OPERATIVA	GESTION TALENTO HUMANO	GESTION RECURSOS FISICOS	GESTION RECURSOS FINANCIEROS	GESTION CONTRACTUAL	GESTION JURIDICA	GESTION COMUNICACIONES	GESTION EVALUACION CONTROL Y MEJORA
1. Satisfacer las necesidades de los clientes y usuarios de la terminal		★	★							
2. Gestionar adecuadamente el buen uso de los recursos físicos y financieros	★				★	★	★			
3. Asegurar la sostenibilidad y mejora del Sistema Integrado de Gestión, promoviendo el trabajo en equipo	★							★	★	★
4. Incrementar el nivel de competencia del talento humano para ofrecer un servicio de calidad	★			★						

## 6.3 MAPA DE PROCESOS

El enfoque del Sistema de Gestión de la Calidad de la **E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasuga** está orientado a la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes relacionados con la administración, control de la operatividad del transporte terrestre intermunicipal de pasajeros y de servicios complementarios de la Terminal.



## 6.3.1 PROCESOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

### 6.3.1.1 PROCESOS ESTRATEGICOS

Está relacionada con la definición de lineamientos, políticas, objetivos y estrategias para el desarrollo del servicio a través de la administración, control de la operatividad del transporte terrestre intermunicipal de pasajeros y de servicios complementarios de la Terminal.

El proceso que integra la definición de los lineamientos y políticas es: **Gestión Gerencial**.

### 6.3.1.2 PROCESOS MISIONALES

Contribuye con el desarrollo de la misión de la **E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasuga** como organización prestadora del servicio de administración, control de la operatividad del transporte terrestre intermunicipal de pasajeros y de servicios complementarios. Los procesos que conforman la prestación del servicio son: **Gestión Servicio al Cliente y Gestión Operativa**.

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	<b>Código: MAN-GDE-01</b>
		<b>Versión: 05</b>
		<b>Página 11 de 23</b>

### 6.3.1.3 PROCESOS DE APOYO

#### 6.3.1.4

Soporta a la **E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasuga** en la administración y suministro de recursos necesarios para su funcionamiento.

Los procesos que constituyen la gestión de apoyo son: **Gestión Talento Humano, Gestión Recursos Físicos, Gestión Recursos Financieros, Gestión Contractual, Gestión Jurídica, Gestión de Comunicaciones.**

### 6.3.1.5 PROCESOS DE EVALUACION

Contribuye al control y revisión del Sistema de Gestión de la Calidad.

El proceso que conforma el nivel de evaluación es: **Gestión de Evaluación Control y Mejora**

## 7. MEDICIÓN DE LOS PROCESOS

La **E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasuga** cuenta con un sistema de indicadores de gestión que permite medir cada uno de los procesos que conforman el Sistema de Gestión de la Calidad para ello ha establecido los siguientes documentos: Procedimiento para la “Medición de la Gestión Institucional” PRO-GGE-07 y los formatos “Matriz Indicadores de Gestión vs Objetivos de Calidad” FOR-GGE-03 y “Hoja de Vida Indicador” FOR-GGE-01.

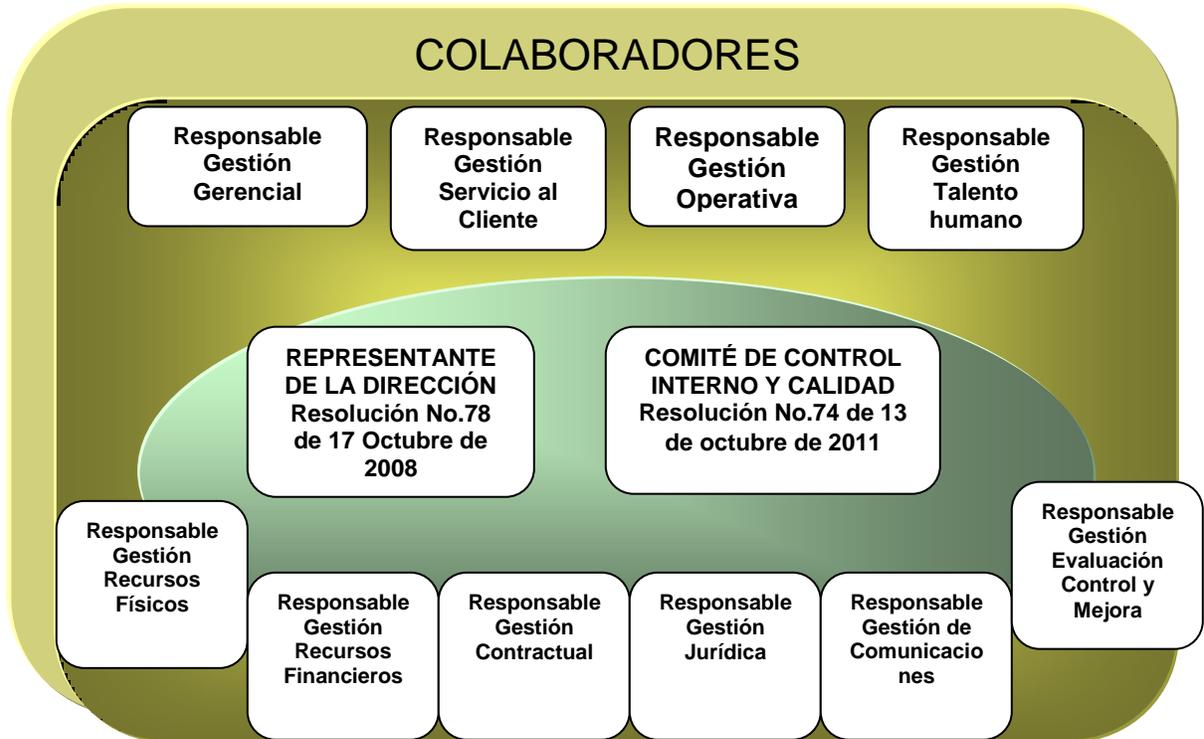
### 7.1 EXCLUSIONES

El Sistema de Gestión de la Calidad de la **E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasuga**, presenta las siguientes exclusiones con relación a los requisitos exigidos por la Norma ISO9001-2008

Se excluye:

**7.1.1 Diseño y Desarrollo:** Este numeral no aplica ya que la **E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasuga** no requiere diseñar para la prestación de la administración, control de la operatividad del transporte terrestre intermunicipal de pasajeros y de servicios complementarios

## 7.2 NIVELES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



Funciones de los responsables de proceso, según resolución No. 085

## 7.3 REQUISITOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

### 7.3.1 ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS DEL SGC.

<b>Instructivo:</b>	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS</b>
<b>Código:</b>	<b>PRO-GCM-06</b>
<b>Objetivo:</b>	Establecer un sistema adecuado para la solicitud, elaboración, edición, modificación, anulación, revisión, aprobación y control de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de la Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga.
<b>Alcance:</b>	Este procedimiento aplica a todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de la Empresa que deben ser controlados y que inciden en la calidad del servicio.

	<h1>MANUAL DE CALIDAD</h1>	Código: MAN-GDE-01
		Versión: 05
		Página 13 de 23

### 7.3.2 CONTROL DE PRODUCTO O SERVICIO NO CONFORME

<b>Procedimiento:</b>	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME EN PROCESOS MISIONALES</b>
<b>Código:</b>	<b>PRO-GDE-15</b>
<b>Objetivo:</b>	Establecer los mecanismos para el tratamiento que se debe aplicar en la eventualidad de presentarse un servicio no conforme en los procesos misionales de la E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá.
<b>Alcance:</b>	Este procedimiento aplica para el servicio no conforme que se pueda presentar en el proceso de venta de tasa uso y custodia de equipajes en la E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá.

### 7.3.3 PROCEDIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

<b>Procedimiento:</b>	<b>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA ELABORACIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA</b>
<b>Código:</b>	<b>PRO-GDE-12</b>
<b>Objetivo:</b>	Formular e implementar acciones preventivas, correctivas y de mejora que permitan eliminar la causa de una no conformidad potencial o real del Sistema de Gestión de Calidad de la <b>E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGÁ</b>
<b>Alcance:</b>	Inicia con la documentación de la situación o hallazgo asociada al sistema de Gestión de calidad y termina con el seguimiento a la efectividad de las acciones formuladas.

### 7.3.4 AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

<b>Procedimiento:</b>	<b>PROCEDIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD</b>
<b>Código:</b>	<b>PRO-GDE-11</b>
<b>Objetivo:</b>	Definir el proceso de planeación, ejecución y seguimiento de las auditorias internas al Sistema de Gestión de Calidad de la <b>E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGÁ</b>
<b>Alcance:</b>	Este procedimiento cubre todos los procesos del Sistema de Gestión de Calidad de la <b>E.I.C.E. TERMINAL DE TRANSPORTE DE FUSAGASUGÁ</b> , e incluye todos los requisitos de la norma NTC ISO 9001-2008.

### 7.3.5 CONTROL DE DOCUMENTOS

<b>Procedimiento:</b>	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS</b>
<b>Código:</b>	<b>PRO-GCM-06</b>
<b>Objetivo:</b>	Establecer un sistema adecuado para la solicitud, elaboración, edición, modificación, anulación, revisión, aprobación y control de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de la Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasuga.
<b>Alcance:</b>	Este procedimiento aplica a todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad de la Empresa que deben ser controlados y que inciden en la calidad del servicio.

	<h1>MANUAL DE CALIDAD</h1>	Código: MAN-GDE-01
		Versión: 05
		Página 14 de 23

### 7.3.6 CONTROL DE REGISTROS

<b>Procedimiento:</b>	<b>PROCEDIMIENTO CONTROL DE REGISTROS</b>
<b>Código:</b>	<b>PRO-GCM-07</b>
<b>Objetivo:</b>	Este procedimiento establece las directrices para identificar, controlar y conservar los registros de Calidad con el propósito de utilizarlos para demostrar la conformidad del servicio con los requisitos especificados y la operación eficiente del Sistema de Gestión de Calidad de Empresa Industrial y Comercial del Estado Terminal de Transporte de Fusagasugá.
<b>Alcance:</b>	Este procedimiento aplica para todos los registros que se generan en todos los procesos donde se realizan actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de Calidad, de acuerdo con los elementos de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001 versión 2.008.

### 7.3.7 TRATAMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS

<b>Procedimiento:</b>	<b>PROCEDIMIENTO TRATAMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS</b>
<b>Código:</b>	<b>PRO-GSC-01</b>
<b>Objetivo:</b>	Describir la metodología para la elaboración de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias hechas por parte de los usuarios de <b>La E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá.</b>
<b>Alcance:</b>	Aplica para todas las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias hechas por las Empresas Transportadoras, Comerciantes y Usuarios de <b>La E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá.</b>

### 7.3.8 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

<b>Procedimiento:</b>	<b>PROCEDIMIENTO REVISION POR LA ALTA DIRECCIÓN</b>
<b>Código:</b>	<b>PRO-GGE-09</b>
<b>Objetivo:</b>	Revisar el Sistema de Gestión de Calidad, para asegurar su conveniencia, adecuación y eficacia continuas.
<b>Alcance:</b>	Este procedimiento cubre los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, e incluye todos los requisitos de la norma NTCISO 9001-2008.

## 8. MATRIZ DE RESPONSABILIDADES

A= Aprueba, R= Revisa, P =Planifica, C= Controla

PROCESOS	Cargos	GERENTE GENERAL	Coordinador de calidad y control interno	Coordinador Unidad de Personal	Coordinador Operativo	Tesorero General	Técnico Administrativo	Secretaria Ejecutiva
GESTIÓN GERENCIAL		A,R,P,C	P	P	P	P	P	P
GESTIÓN SERVICIO AL CLIENTE		A,R,P,C			R, P, C			
GESTIÓN OPERATIVA		A,R,P,C			R, P, C			
GESTIÓN TALENTO HUMANO		A,R,P,C		R, P, C				
GESTIÓN RECURSOS FISICOS		A,R,P,C					R, P, C	
GESTIÓN RECURSOS FINANCIEROS		A,R,P,C				R, P, C		
GESTIÓN CONTRACTUAL		A,R,P,C					R, P, C	
GESTIÓN JURIDICA		A,R,P,C						
GESTIÓN DE COMUNICACIONES		A,R,P,C						R, P, C
GESTIÓN EVALUACION CONTROL Y MEJORA		A,R,P,C	R, P, C					



	<h1>MANUAL DE CALIDAD</h1>	Código: MAN-GDE-01
		Versión: 05
		Página 17 de 23

## 10. DESCRIPCIÓN DE LOS PROCESOS vs. REQUISITOS ISO9001

### 10.1 GESTIÓN GERENCIAL

<b>Responsable de Gestión:</b>	Gerente General	
<b>Responsable de la ejecución:</b>	Gerente General	
<b>Objetivo:</b>	Establecer las políticas, los objetivos, las estrategias, planes, programas y proyectos para dirigir y controlar la gestión en la E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá, para el eficiente cumplimiento de la misión de la empresa.	
<b>Alcance</b>	Planeación del direccionamiento estratégico y concluye con el seguimiento y evaluación de las directrices establecidas.	
<b>Relación con la ISO 9001-2008</b>	<b>Norma ISO9001</b>	
	<b>No.</b>	<b>Tema</b>
	4.2.3	Control de documentos
	4.2.4	Control de los Registros
	5.1	Compromiso por la dirección
	5.2	Enfoque al cliente
	5.3	Política de Calidad
	5.4.1	Objetivos de Calidad
	5.4.2	Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad
	5.5.1	Responsabilidad y Autoridad
	5.5.2	Representante de la Dirección
	5.5.3	Comunicación interna
	5.6.2	Información para la revisión
	5.6.3	Resultados de la revisión
	6.1	Provisión de recursos
	8.2.1	Satisfacción del cliente
	8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos
	8.4	Análisis de datos
8.5.1	Mejora Continua	
8.5.2	Acción Correctiva	
8.5.3	Acción Preventiva	

### 10.2 GESTION SERVICIO AL CLIENTE

<b>Responsable de Gestión:</b>	Técnico Administrativo de zona I	
<b>Responsable de la ejecución:</b>	Líder del proceso de Servicio al Cliente y Auxiliar Administrativo	
<b>Objetivo:</b>	Medir, evaluar y realizar seguimiento a las quejas, reclamos, peticiones, sugerencias y a la percepción de los clientes con respecto a la prestación del servicio de la E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá.	
<b>Alcance</b>	Aplica para las quejas, reclamos, peticiones, sugerencias, medición de satisfacción del cliente y servicios adicionales que presta la E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá.	
<b>Relación con la ISO 9001-</b>	<b>Norma ISO9001</b>	
	<b>No.</b>	<b>Tema</b>
	4.2.3	Control de documentos
	4.2.4	Control de los Registros
	5.3	Política de Calidad
	5.4	Planificación
	7.2.3	Procesos relacionados con el cliente
	7.5.3	Identificación y Trazabilidad
	7.5.4	Propiedad del Cliente



# MANUAL DE CALIDAD

Código: MAN-GDE-01

Versión: 05

Página 18 de 23

2008	8.2.1	Satisfacción del cliente
	8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos
	8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o ser
	8.3	Control del producto no conforme
	8.4	Análisis de datos
	8.5.1	Mejora Continua
	8.5.2	Acción Correctiva
	8.5.3	Acción Preventiva

## 10.3 GESTION OPERATIVA

<b>Responsable de Gestión:</b>	Profesional Universitario Gestión Operativa	
<b>Responsable de la ejecución:</b>	Profesional Universitario Gestión Operativa , Técnico Administrativo y Auxiliar Administrativo	
<b>Objetivo:</b>	Administrar y Controlar la Operatividad del Transporte Automotor de Pasajeros en el nivel de servicio corriente por el corredor sur.	
<b>Alcance</b>	Ingreso y Salida de vehículos a la Terminal de Transporte de Fusagasugá.	
<b>Relación con la ISO 9001-2008</b>	<b>Norma ISO9001</b>	
	<b>No.</b>	<b>Tema</b>
	4.2.3	Control de documentos
	4.2.4	Control de los Registros
	5.5.3	Comunicación interna
	6.1	Provisión de recursos
	7.1	Planificación de la realización del producto
	7.2	Procesos relacionados con el cliente
	7.2.1	Determinación de los requisitos
	7.2.2	Revisión de los requisitos relacionados
	7.2.3	Comunicación con el cliente
	7.5.1	Control de la Producción y de la Prestación del Servicio
	7.5.2	Validación de los procesos de la Producción y de la prestación de servicio.
	7.5.3	Identificación y Trazabilidad
	7.5.4	Propiedad del Cliente
	7.6	Control de los Equipos de seguimiento y de medición.
	8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos
	8.2.4	Seguimiento y medición del producto y/o ser
	8.3	Control del producto y/o servicio no conforme
	8.4	Análisis de datos
8.5.1	Mejora Continua	
8.5.2	Acción Correctiva	
8.5.3	Acción Preventiva	

## 10.4 GESTION TALENTO HUMANO

<b>Responsable de Gestión:</b>	Profesional Universitario de Talento Humano.	
<b>Responsable de la ejecución:</b>	Profesional Universitario de Talento Humano.	
<b>Objetivo:</b>	Dirigir, coordinar y controlar la ejecución de todas las actividades relacionadas con el desarrollo del talento humano de la E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasuga de conformidad con las políticas y lineamientos establecidos en el plan estratégico.	
<b>Alcance</b>	Participar en la formulación de políticas, planes y programas relacionados con la administración del Talento Humano garantizando eficiencia, eficacia en el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes	
	<b>Norma ISO9001</b>	
	<b>No.</b>	<b>Tema</b>

	<h1>MANUAL DE CALIDAD</h1>	Código: MAN-GDE-01
		Versión: 05
		Página 19 de 23

<b>Relación con la ISO 9001-2008</b>	4.2.3	Control de documentos
	4.2.4	Control de los registros
	5.5.3	Comunicación interna
	6.1	Provisión de los Recursos
	6.2	Recursos Humanos
	6.4	Ambiente de Trabajo
	8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos
	8.4	Análisis de datos
	8.5.1	Mejora Continua
	8.5.2	Acción Correctiva
8.5.3	Acción Preventiva	

## 10.5 GESTION RECURSOS FISICOS

<b>Responsable de Gestión:</b>	Técnico de inventarios y activos fijos	
<b>Responsable de la ejecución:</b>	Técnico de inventarios y activos fijos	
<b>Objetivo:</b>	Dirigir, coordinar y controlar la ejecución de todas las actividades relacionadas con la administración de los recursos físicos de la Terminal, y participar en la formulación de planes, programas y proyectos de la Empresa.	
<b>Alcance</b>	Inicia con la identificación, el suministro y el mantenimiento de la infraestructura para el funcionamiento de todos los procesos incluidos en el Sistema de Gestión de la Calidad.	
<b>Relación con la ISO 9001-2008</b>	<b>Norma ISO9001</b>	
	<b>No.</b>	<b>Tema</b>
	4.2.3	Control de documentos
	4.2.4	Control de los registros
	5.5.3	Comunicación interna
	6.1	Provisión de recursos
	6.3	Infraestructura
	6.4	Ambiente de Trabajo
	8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos
	8.4	Análisis de datos
	8.5.1	Mejora Continua
8.5.2	Acción Correctiva	
8.5.3	Acción Preventiva	

## 10.6 GESTION RECURSOS FINANCIEROS

<b>Responsable de Gestión:</b>	Técnico de contabilidad y presupuesto.	
<b>Responsable de la ejecución:</b>	Contador, Tesorera General y Técnico de contabilidad y presupuesto.	
<b>Objetivo:</b>	Dirigir, coordinar y controlar las actividades relacionadas con el proceso presupuestal y contable de la Terminal, gestionando la consecución de los recursos financieros necesarios para el funcionamiento de la Empresa.	
<b>Alcance</b>	Provisión y aseguramiento de los recursos financieros para el funcionamiento de la Terminal que cumpla con los requerimientos del cliente.	
<b>Relación con la</b>	<b>Norma ISO9001</b>	
	<b>No.</b>	<b>Tema</b>
	4.2.3	Control de documentos
	4.2.4	Control de los registros
	5.3	Política de calidad
	5.5.3	Comunicación interna



# MANUAL DE CALIDAD

Código: MAN-GDE-01

Versión: 05

Página 20 de 23

<b>ISO 9001-2008</b>	6.1	Provisión de los Recursos
	6.3	Infraestructura
	8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos
	8.4	Análisis de datos
	8.5.1	Mejora Continua
	8.5.2	Acción Correctiva
	8.5.3	Acción Preventiva

## 10.7 GESTIÓN CONTRACTUAL

<b>Responsable de Gestión:</b>	Técnico de Contratación.	
<b>Responsable de la ejecución:</b>	Técnico de Contratación.	
<b>Objetivo:</b>	Gestionar el proceso de contratación de adquisición de bienes y servicios de la E.I.C.E. Terminal de transporte de Fusagasugá cumpliendo con las directrices del Manual de Contratación.	
<b>Alcance</b>	El proceso inicia con la elaboración del plan de compras e inversiones y finaliza con la liquidación de la orden, contrato o convenio.	
<b>Relación con la ISO 9001-2008</b>	<b>Norma ISO9001</b>	
	<b>No.</b>	<b>Tema</b>
	4.2.2	Manual de Calidad
	4.2.3	Control de documentos
	4.2.4	Control de los registros
	5.5.3	Comunicación interna
	6.1	Provisión de Recursos
	6.2	Recursos Humanos
	6.3	Infraestructura
	7.4	Adquisición de bienes y servicios
	8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos
	8.4	Análisis de datos
8.5.1	Mejora Continua	
8.5.2	Acción Correctiva	
8.5.3	Acción Preventiva	

## 10.8 GESTIÓN JURÍDICA

<b>Responsable de Gestión:</b>	Gerente General	
<b>Responsable de la ejecución:</b>	Asesor Jurídico Externo y Gerente General	
<b>Objetivo:</b>	Asesorar y apoyar los procesos judiciales en los cuales es parte la E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá, así como orientarla y apoyarla en los procesos y procedimientos administrativos a que halla lugar.	
<b>Alcance</b>	Atender los procesos judiciales y administrativos emitiendo conceptos jurídicos solicitados por la E.I.C.E. Terminal de Transporte de Fusagasugá.	
<b>Relación con la ISO 9001-2008</b>	<b>Norma ISO9001</b>	
	<b>No.</b>	<b>Tema</b>
	4.2.3	Control de documentos
	4.2.4	Control de los registros
	5.5.3	Comunicación interna
	6.1	Provisión de Recursos
8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos	

	<h1>MANUAL DE CALIDAD</h1>	Código: MAN-GDE-01
		Versión: 05
		Página 21 de 23

	8.4	Análisis de datos
	8.5.1	Mejora Continua
	8.5.2	Acción Correctiva
	8.5.3	Acción Preventiva

## 10.9 GESTION DE COMUNICACIONES

<b>Responsable de Gestión:</b>	Secretaría Ejecutiva	
<b>Responsable de la ejecución:</b>	Secretaría Ejecutiva	
<b>Objetivo:</b>	Apoyar a todos los procesos en la administración de la comunicación y documentación (documentos y registros) mediante la adecuada identificación, seguimiento, organización, conservación, actualización y control.	
<b>Alcance</b>	Garantizar la adecuada administración de la comunicación y documentación con el objeto de optimizar su utilización, conservación, recuperación y divulgación en cumplimiento de las funciones de la Terminal de Transporte de Fusagasugá.	
<b>Relación con la ISO 9001-2008</b>	<b>Norma ISO9001</b>	
	<b>No.</b>	<b>Tema</b>
	4.2.2	Manual de Calidad
	4.2.3	Control de documentos
	4.2.4	Control de los registros
	5.5.3	Comunicación interna
	6.1	Provisión de Recursos
	6.2	Recursos Humanos
	6.3	Infraestructura
	7.4	Compras
	8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos
	8.4	Análisis de datos
	8.5.1	Mejora Continua
8.5.2	Acción Correctiva	
8.5.3	Acción Preventiva	

## 10.10 GESTIÓN DE EVALUACIÓN CONTROL Y MEJORA

<b>Responsable de Gestión:</b>	Profesional Universitario Evaluación, Control y Mejora	
<b>Responsable de la ejecución:</b>	Profesional Universitario Evaluación, Control y Mejora	
<b>Objetivo:</b>	Mantener el sistema de gestión bajo parámetros de eficacia, eficiencia y efectividad mediante la medición, análisis, seguimiento e implementación de estrategias dirigidas al control y a la mejora continua de los procesos y procedimientos identificados en la Empresa.	
<b>Alcance</b>	Este proceso evalúa en forma integral el sistema de gestión de calidad y el sistema de control interno mediante la satisfacción cliente, auditorías internas, seguimiento y medición del producto y /o servicio no conforme, análisis de datos, planes de mejora continua, acciones de mejora, preventivas y correctivas.	
<b>Relación con la ISO 9001-</b>	<b>Norma ISO9001</b>	
	<b>No.</b>	<b>Tema</b>
	4.2.2.	Manual de Calidad
	4.2.3	Control de documentos
	4.2.4	Control de los registros
	5.3	Política de Calidad
	5.4	Planificación
	5.5.3	Comunicación interna
5.6.2	Información para la revisión	



# MANUAL DE CALIDAD

Código: MAN-GDE-01

Versión: 05

Página 22 de 23

2008	6.1	Provisión de Recursos
	7.5.3	Identificación y Trazabilidad
	8.2.2	Auditorías internas
	8.2.3	Seguimiento y medición de los procesos
	8.2.4	Seguimiento y medición del producto
	8.3	Control producto no conforme
	8.4	Análisis de datos
	8.5.1	Mejora Continua
	8.5.2	Acción Correctiva
	8.5.3	Acción Preventiva

## 11. CARACTERIZACION DE LOS PROCESOS (Anexos)

Las caracterizaciones de los procesos hacen parte del proceso de Gestión de Evaluación, Control y Mejora como otros documentos los cuales se referencian a continuación y hacen parte de anexos de este **MANUAL DE CALIDAD**.

ODO-GDE-05 (Caracterización del Proceso de Gestión Gerencial), ODO-GDE-06 (Caracterización del Proceso de Gestión Operativa), ODO-GDE-07 (Caracterización del Proceso de Gestión Servicio al Cliente), ODO-GDE-09 (Caracterización del Proceso de Gestión Recursos Físicos), ODO-GDE-10 (Caracterización del Proceso de Gestión Recursos Financieros), ODO-GDE-11 (Caracterización del Proceso de Gestión Contractual), ODO-GDE-12 (Caracterización del Proceso de Gestión Jurídica), ODO-GDE-13 (Caracterización del Proceso de Gestión de Comunicaciones), ODO-GDE-14 (Caracterización del Proceso de Gestión de Evaluación, Control y Mejora)

### 11. CONTROL DE CAMBIOS.

VERSION	PAG	ITEM	DESCRIPCIÓN	FECHA
00			Versión Original	12-12-2008
01	9,10,11	6.2, 6.2.1, 6.2.2	Se retiro el Objetivo de Calidad (Ofrecer comodidad, seguridad a los usuarios y quienes interactúan en la Terminal.)	01-04-2009
02	1,2,7,8,9,12,13,14,15,16,17,18,19,24 a la 31	Introducción 5,6,6.3, 6.3.2, 7.2, 7.3, 10	Se retiro la palabra del MAN-GDE-01 Sistema Integrado de Gestión, se retiraron referencias con la finalidad de dejar solo las que tienen que ver con el alcance de certificación, se retiro la cadena de valor, retirar el ítem 7.3.1. Elaboración de documentos del SGC, modificar del ítem 7.3. los procedimientos que han sido actualizados en el SGC, se retiro de la descripción de los procesos vs requisitos ISO 9001 la columna de MECI 1000 , se incluyo en el contenido del manual el ítem 10 descripción de los procesos vs requisitos ISO 9001-2008, se incluyo el control de cambios como numeral 12	17-12-2009
03	3  17	2  10.3	Se modifica el alcance para que este quede de acuerdo al certificado de calidad expedido por el ICONTEC bajo la norma ISO 9001- 2008 quedo así: "Administración y Control de la Operatividad del Transporte Terrestre Intermunicipal de pasajeros y los servicios de promoción de espacios publicitarios, comunicación a través de navegador, reproducción de documentos y custodia de equipajes." Se agrega en el cuadro del numeral 10.3 de Gestión Operativa el numeral 7.6 Control de los Equipos de seguimiento y de medición (verificación de cumplimiento de condiciones contractuales para el programa de seguridad que establece el Decreto 2762 de 2001).	03-08-2010
04	5 7	3.3 6.2	Se modifica la visión de la Terminal de Transportes de Fusagasugá, se eliminó un objetivo de calidad el numero 1	29-02-2012
05	4, 16,17, 18,19, 20	4, 10.1,10, 2,10.3,1 0,4,10.5, 10.6	Se modifica la estructura Orgánica de la E.I.C.E Terminal de transportes de Fusagasugá. Se actualizaron los responsables de gestión y ejecución de acuerdo al nuevo reglamento interno de trabajo.	30-07-2013

	<b>MANUAL DE CALIDAD</b>	Código: MAN-GDE-01
		Versión: 05
		Página 23 de 23

Elaborado: Lyda Maritzol Carpeta Cruz	Revisado: Germán Rodríguez Arévalo	Aprobado: Germán Rodríguez Arévalo
Cargo: Profesional Universitario Evaluación, Control y Mejora	Cargo: Gerente General	Cargo: Gerente General
Firma:	Firma:	Firma:

DOCUMENTO CONTROLADO

	<b>REGISTRO DE SERVICIO O PRODUCTO NO CONFORME</b>	Código: FOR-GDE-04
		Versión: 02
		Página 1 de 1

Proceso Afectado: GESTION OPERATIVA  
 Consecutivo: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAR DEL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME	
Expedición incorrecta de la tasa de uso No. 2806813, por erro al digitar mal la ruta en el sistema por parte de la funcionaria de recaudo	
Detectado por: Nombre: ESTEFANIA TORO Cargo: Auxiliar Administrativo	Fecha: 18 de Enero del 2014
TRATAMIENTO A DAR AL PRODUCTO Y/O SERVICIO NO CONFORME	
Aceptar el servicio bajo concesion: Reparar: Reclasificar: Reprocesar el servicio: XXX Rechazar el servicio:	

ACCIONES PARA EL SERVICIO O PRODUCTO NO CONFORME				
<b>Corrección Inmediata:</b>				
Se elabora e imprime nuevamente la tasa de uso No. 2805672, la cual es reemplazada por la tasa de uso No. 2805673, la cual cumple con las especificaciones acordadas inicialmente.  Se elabora e imprime nuevamente la tasa de uso No. 2805709, la cual es reemplazada por la tasa de uso No. 2805710, la cual cumple con las especificaciones acordadas inicialmente.				
Detectado por: Nombre: ESTEFANIA TORO Cargo: Auxiliar Administrativo	Fecha: 18 de Enero del 2014			
<b>Análisis de Causas:</b>				
Al realizar la digitación de la ruta en la aplicacion de venta de conduces del software de condalco se digita de forma incorrecta por parte de la funcionaria de recaudo.				
Solicitud de Acción Correctiva?	SI	NO	No.	
<b>Acción Correctiva:</b>				
Nombre: _____		Fecha: _____		
Cargo: _____				

Fecha del cierre del servicio no conforme:

\_\_\_\_\_

 <b>UDEEC</b> UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	<b>FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS,          ECONÓMICAS Y CONTABLES</b>	CODIGO:rOGM03
	<b>RESUMEN ANALÍTICO ESPECIALIZADO (R.A.E)</b>	VERSION: 2
	<b>MONOGRAFÍA – CO-INVESTIGACIÓN</b>	PAGINA: 1 de 3

## DESCRIPCIÓN BIBLIOGRÁFICA

### **1. TIPO DE DOCUMENTO**

Informe de Monografía

### **2. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN**

Diagnóstico para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno de la EICE Terminal de Transportes de Fusagasugá y para la implementación de la NTC GP 1000:2009.

### **3. AUTORES**

Ayde Aguilar Rondón

J Karin Yohandryth Pinilla Avilés

### **4. UNIDAD QUE PATROCINA LA INVESTIGACIÓN**

Programa de Contaduría Pública de la Universidad de Cundinamarca sede Fusagasugá.

### **5. PÁGINAS**

132 Páginas

### **6. ANEXOS**

ANEXO 1 AUTOEVALUACION DEL CONTROL

ANEXO 2 LISTA DE CHEQUEO MECI

ANEXO 3 LISTA DE CHEQUEO NTC GP1000 2009

ANEXO 4 LISTA DE CHEQUEO MECI DILIGENCIADA

ANEXO 5 CODIGO DE ETICA

 <b>UDEC</b> UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	<b>FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS,          ECONÓMICAS Y CONTABLES</b>	CODIGO:rOGM03
	<b>RESUMEN ANALÍTICO ESPECIALIZADO (R.A.E)</b>	VERSION: 2
	<b>MONOGRAFÍA – CO-INVESTIGACIÓN</b>	PAGINA: 2 de 3

ANEXO 6 MAPA DE PROCESOS

ANEXO 7 TABLERO DE INDICADORES DE GESTION

ANEXO 8 FOR GDE 01 HOJA DE VIDA DE INDICADOR

ANEXO 9 FOR GCM 25 POLITICA

ANEXO 10 FOR GDE 03 MATRIZ DE RIESGOS

ANEXO 11 PRO GDE 11 AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

ANEXO 12 PRO GDE 14 AUDITORIA INTERNA DE GESTION

ANEXO 13 PRO GDE 12 ELABORACION DE ACCIONES  
CORRECTIVAS

ANEXO 14 FOR GDE 08 SOLICITUD DE ACCION PREVENTIVA O  
CORRECTIVA

ANEXO 15 PRO GSC 01 ATENCION DE PETICIONES, QUEJAS,  
RECLAMOS Y SUGERENCIAS

ANEXO 16 AUTOEVALUACION DEL CONTROL DILIGENCIADA

ANEXO 17 LISTA DE CHEQUEO NTC GP1000 2009 DILIGENCIADA

ANEXO 18 PROCEDIMIENTO CONTROL DE DOCUMENTOS

ANEXO 19 CONTROL DE REGISTROS

ANEXO 20 MANUAL DE CALIDAD

ANEXO 21 FOR GDE 04 PRODUCTO DE SERVICIO NO CONFORME

ANEXO 22 PLAN DE ACTUALIZACION MECI 2014

## **7. AÑO**

2016

	FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONÓMICAS Y CONTABLES	CODIGO:rOGM03
	RESUMEN ANALÍTICO ESPECIALIZADO (R.A.E)	VERSION: 2
	MONOGRAFÍA – CO-INVESTIGACIÓN	PAGINA: 3 de 3

## DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES

Sistema de Control Interno

Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014

Módulos

Componentes

Elementos

Norma NTC GP 1000:2009

Actualización

Certificación

Diagnostico

Cumplimiento

## RESUMEN

### 1. DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO

Para el desarrollo del trabajo se aplicó la metodología investigativa participativa ya que fue necesario documentarse sobre el estado actual del Modelo Estándar de Control Interno de la Terminal de Transporte de Fusagasugá como del estado del Sistema de Gestión de Calidad, para así poder establecer los elementos que requieren ser intervenidos para su respectiva actualización y los elementos necesarios para la certificación del sistema en la norma NTCGP 1000:2009.

	FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONÓMICAS Y CONTABLES	CODIGO:rOGM03
	RESUMEN ANALÍTICO ESPECIALIZADO (R.A.E)	VERSION: 2
	MONOGRAFÍA – CO-INVESTIGACIÓN	PAGINA: 4 de 3

## **2. CAPÍTULOS DEL TRABAJO**

### **FASE UNO: DIAGNOSTICO INICIAL**

Se establecen y diseñan las herramientas a aplicar para el levantamiento de la información, el cual fue realizado a través de entrevistas y mediante la aplicación de encuestas a funcionarios de la empresa Terminal de Transporte de Fusagasugá, como insumo al diagnóstico para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno y la implementación de la norma NTC GP 1000:2009, encontrando

### **FASE DOS: ANALISIS DE LA INFORMACION**

Una vez aplicadas las herramientas utilizadas para el levantamiento de la información, se procedió a realizar análisis de esta, identificando los componentes y elementos del Modelo Estándar de Control Interno que requieren ser intervenidos o atendidos prontamente para dar cumplimiento a lo establecido en el Decreto 943 de 2014. Así mismo, se realizó verificación del cumplimiento de los requisitos de la norma NTC GP 1000:2009 con la finalidad de identificar las acciones necesarias por adelantar para lograr la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad en esta norma.

### **FASE TRES: RESULTADO FINAL**

Se encontró que el Modelo Estándar de Control Interno se encuentra en un porcentaje de implementación documental del 71% en una escala de 0-100 y que el grado de apropiación por parte de los funcionarios es del 2.57 en una escala de 0-5. En cuanto a la norma NTC GP 1000:2009, cumple en un alto grado con los requisitos establecidos en esta norma, lo cual permitirá que adelantadas algunas acciones en la administración del riesgo puedan aplicar para la certificación del Sistema de Gestión de Calidad.

 <b>UDEC</b> UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	<b>FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS,          ECONÓMICAS Y CONTABLES</b>	CODIGO:rOGM03
	<b>RESUMEN ANALÍTICO ESPECIALIZADO (R.A.E)</b>	VERSION: 2
	<b>MONOGRAFÍA – CO-INVESTIGACIÓN</b>	PAGINA: 5 de 3

### **3. METODOLOGÍA**

La metodología a aplicada fue la investigativa participativa ya que fue necesario documentarse sobre el estado actual del Modelo Estándar de Control Interno de la Terminal de Transporte de Fusagasugá como del estado del Sistema de Gestión de Calidad, para así poder establecer los elementos que requieren ser intervenidos para su respectiva actualización y los elementos necesarios para la certificación del sistema en la norma NTCGP 1000:2009.

La empresa Terminal de Transporte de Fusagasugá, ubicada en el casco urbano del municipio de Fusagasugá en la transversal 27 No.3-49 Barrio San Jorge, la cual cuenta con una población finita de 36 funcionarios.

### **4. RESULTADOS OBTENIDOS**

Se realiza diagnóstico para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno y la implementación de la norma NTC GP 1000:2009, encontrando que el Modelo Estándar de Control Interno se encuentra en un porcentaje de implementación documental del 71% en una escala de 0-100 y que el grado de apropiación por parte de los funcionarios es del 2.57 en una escala de 0-5. En cuanto a la norma NTC GP 1000:2009, cumple en un alto grado con los requisitos establecidos en esta norma, lo cual permitirá que adelantadas algunas acciones en la administración del riesgo puedan aplicar para la certificación del Sistema de Gestión de Calidad.

### **5. CONCLUSIONES**

- ✓ De acuerdo al indicador de madurez obtenido del 71%, el Modelo Estándar de Control Interno MECI en la Terminal de Transportes de Fusagasugá, respecto a su implementación se encuentra en un nivel SATISFACTORIO: El modelo de control interno se cumple, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de datos. Existen

 <b>UDEEC</b> UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	<b>FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS,          ECONÓMICAS Y CONTABLES</b>	CODIGO:rOGM03
	<b>RESUMEN ANALÍTICO ESPECIALIZADO (R.A.E)</b>	VERSION: 2
	<b>MONOGRAFÍA – CO-INVESTIGACIÓN</b>	PAGINA: 6 de 3

tendencia a mantener la mejora en los procesos. La entidad ha identificado los riesgos para la mayoría de sus procesos, pero no realiza una adecuada administración del riesgo.

- ✓ De acuerdo al indicador de madurez obtenido de 2.57 producto de la autoevaluación de los funcionarios, la percepción y apropiación del Modelo Estándar de Control Interno MECI en la Terminal de Transportes de Fusagasugá por parte de los funcionarios se encuentra en un nivel INTERMEDIO: El modelo de control interno se cumple, pero con deficiencias en cuanto a la documentación o a la continuidad y sistemática de su cumplimiento, o tiene una fidelidad deficiente con las actividades realmente realizadas. Se deberán solucionar las deficiencias urgentemente, para que el sistema sea eficaz.
- ✓ La implementación y certificación del sistema de gestión de calidad en la norma ISO9001:2008, ha permitido garantizar el cumplimiento de los elementos que son comunes en ambos sistemas.
- ✓ Existe un alto desconocimiento por parte de los funcionarios en cuanto a la existencia y aplicabilidad de algunos elementos MECI como herramienta de control para lograr cumplir con los objetivos institucionales y el marco legal aplicable.
- ✓ Los funcionarios conocen los mecanismos de recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía, así como la información sobre la satisfacción de los usuarios.
- ✓ La certificación del Sistema de Gestión de Calidad en la norma ISO 9001:2008 permite evidenciar que la Terminal de Transportes de Fusagasugá cumple en un alto grado con los requisitos establecidos en la norma NTC GP 1000:2009, lo cual permitirá que adelantadas algunas acciones en la administración del riesgo puedan aplicar para la certificación del Sistema de Gestión de Calidad en la norma NTC GP 1000:2009.

 <b>UDEC</b> UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	<b>FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS,          ECONÓMICAS Y CONTABLES</b>	CODIGO:rOGM03
	<b>RESUMEN ANALÍTICO ESPECIALIZADO (R.A.E)</b>	VERSION: 2
	<b>MONOGRAFÍA – CO-INVESTIGACIÓN</b>	PAGINA: 7 de 3

## **6. RECOMENDACIONES**

- ✓ Adelantar las acciones necesarias para la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI 214, de acuerdo a lo establecido en el Decreto 943 de 2014 y el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el estado Colombiano MECI 2014. Anexo 22 Plan de actualización MECI 2014.
- ✓ Adelantar acciones para el fortalecimiento de los elementos MECI que se encuentran débiles en especial los siguientes: Desarrollo del Talento humano, Planes y Programas, Administración del Riesgo, Autoevaluación del Control y Gestión, Planes de Mejoramiento.
- ✓ Fortalecer el funcionamiento del comité de ética de la Terminal para que se actualice el código de ética y buen gobierno y se diseñen estrategias para la socialización, aplicación y recordación del mismo a nivel institucional.
- ✓ Elaborar e implementar el plan de inducción y re inducción con el fin de asegurar que el talento humano conozca los cambios organizacionales, las directrices de la alta dirección y demás cambios que afecten el adecuado funcionamiento de los puestos de trabajo.
- ✓ Establecer cronogramas para la realización de los diferentes comités con los que cuenta la Terminal de Transportes con la finalidad que no sea reactiva ante las diferentes situaciones que se puedan presentar, sino que se adelanten acciones de manera coordinada y planeada.
- ✓ Dar a conocer de manera oportuna los cambios organizacionales con la finalidad de evitar desinformación en los funcionarios de la Terminal de Transportes.
- ✓ Realizar reuniones con los equipos de trabajo cuyo propósito sea involucrarlos en el análisis de los resultados de la medición de los indicadores de gestión para la toma de decisiones, así como en la revisión de la pertinencia de los mismos, ya que no es conveniente tener indicadores que no mida ningún tipo de objetivo, pues no reflejarían absolutamente nada para el proceso a la Terminal y lo único que harían sería ocupar espacio y consumir recursos.

 <b>UDEEC</b> UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA	<b>FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS,          ECONÓMICAS Y CONTABLES</b>	CODIGO:rOGM03
	<b>RESUMEN ANALÍTICO ESPECIALIZACO (R.A.E)</b>	VERSION: 2
	<b>MONOGRAFÍA – CO-INVESTIGACIÓN</b>	PAGINA: 8 de 3

- ✓ Diseñar e implementar la Política de Administración del Riesgo para la Terminal de Transporte de Fusagasugá, ya que esta permitirá identificar las opciones para tratar y manejar los riesgos basadas en la valoración de los mismos, tomar decisiones y fijar lineamientos.
- ✓ En la gestión del riesgo, es necesario realizar seguimientos y evaluación de los riesgos de manera oportuna con la finalidad que estos no lleguen a materializarse y así tomar las acciones correspondientes para la mitigación del riesgo.
- ✓ Diseñar e implementar herramientas que permitan desarrollar a cabalidad el componente de Autoevaluación institucional ya que se encuentra en un estado de avance del 40% y así, fortalecer la cultura del autocontrol de acuerdo a los principios MECI, lo que permitirá implementación de acciones de mejora producto de la autoevaluación.
- ✓ Fortalecer el proceso de socialización del programa de auditoria interna con todos los funcionarios de la Terminal, para que estos hagan parte activa del seguimiento al mejoramiento continuo
- ✓ Realizar en los procesos reuniones con los equipos de trabajo con la finalidad de socializar los resultados de auditoria y así mejorar la identificación la causa raíz de los problemas y por ende obtener acciones de mejoras eficaces.
- ✓ Establecer protocolos de seguridad para la información que es manejada en archivos tipo Excel ya que poseen un alto riesgo de pérdida o daño de los archivos y son de difícil recuperación.
- ✓ Dar continuidad a la divulgación del programa de gestión documental con la finalidad que se cumpla con el propósito para el cual fue diseñado.
- ✓ Identificar y socializar mecanismos para que los funcionarios puedan poner sus peticiones, sugerencias y quejas internas, con la finalidad que sean resueltas y tenidas en cuenta para el mejoramiento institucional.
- ✓ Dar continuidad al proceso de actualización de las Tablas de retención documental.
- ✓ En la auditoria interna de gestión tener en cuenta los elementos MECI con la finalidad que se evalúe la apropiación del modelo al interior de la Terminal.

	<b>FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONÓMICAS Y CONTABLES</b>	CODIGO:rOGM03
	<b>RESUMEN ANALÍTICO ESPECIALIZADO (R.A.E)</b>	VERSION: 2
	<b>MONOGRAFÍA – CO-INVESTIGACIÓN</b>	PAGINA: 9 de 3

- ✓ Fortalecer la etapa de socialización de los procedimientos que aplican a cada proceso o puesto de trabajo con la finalidad de hacer un mayor control a los mismos.
- ✓ Si bien es cierto que la oficina jurídica de la empresa emitió concepto que no están obligados a realizar rendición de cuentas sería bueno diseñar e implementar un mecanismo por el cual se dé a conocer a la comunidad en general la gestión de la Terminal de Transportes.
- ✓ Fortalecer en los funcionarios la capacitación en el conocimiento del MECI así como la socialización de los resultados obtenidos por la terminal en sus diferentes procesos.
- ✓ Publicar y actualizar en la página web la información relacionada con la planeación institucional de la Terminal de Transportes (plan anual de adquisiciones, el presupuesto y los estados financieros y demás información de acuerdo a la ley 1712 de 2014).
- ✓ Incluir en el documento Código de Ética el principio de transparencia para que se desarrolle y se demuestre su aplicación y así dar cumplimiento a los principios establecidos en la norma NTC GP 1000:2009.
- ✓ Si la Terminal de Transportes toma la decisión de certificar su Sistema de Gestión de Calidad en la norma NTC GP 1000:2009 deberá adelantar las acciones necesarias para realizar una buena gestión del riesgo, que permita la implementación de controles efectivos y se realice seguimiento oportuno para la mitigación del riesgo.

### **ÁREA Y LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

#### **ÁREA**

Administración y Organizaciones

#### **LÍNEA**

Desarrollo organizacional y Regional

	<b>FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONÓMICAS Y CONTABLES</b>	<b>CODIGO:rOGM03</b>
	<b>RESUMEN ANALÍTICO ESPECIALIZADO (R.A.E)</b>	<b>VERSION: 2</b>
	<b>MONOGRAFÍA – CO-INVESTIGACIÓN</b>	<b>PAGINA: 10 de 3</b>

## **EVALUACIÓN Y APROBACIÓN**

**DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**FIRMA DIRECTOR**