

PASANTÍA ACTUALIZACIÓN EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
(MECI) E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN  
Y GESTIÓN MIPG EN LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE  
CARMEN DE CARUPA

LAURA ALEJANDRA RINCÓN CASTAÑEDA

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA “UDEC”  
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONÓMICAS Y CONTABLES  
PROGRAMA DE CONTADURÍA PÚBLICA  
UBATÉ  
2020

PASANTÍA ACTUALIZACIÓN EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO  
(MECI) E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN  
Y GESTIÓN MIPG EN LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE  
CARMEN DE CARUPA

LAURA ALEJANDRA RINCÓN CASTAÑEDA

Trabajo de grado bajo la modalidad de Pasantía para optar el título de Contador  
Público

MILTON MARINO BRAVO ESTRADA  
Director de la pasantía

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA “UDECA”  
FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, ECONÓMICAS Y CONTABLES  
PROGRAMA DE CONTADURÍA PÚBLICA  
UBATÉ  
2020

Nota de aceptación:

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Ubaté, Abril de 2020

## ***DEDICATORIA***

Dedico este trabajo a Dios por darme la oportunidad de ser partícipe de este proyecto, a mi familia por su apoyo incondicional, paciencia y colaboración.

## ***AGRADECIMIENTOS***

Doy mis sinceros agradecimientos a Dios por la sabiduría brindada, a mi familia por el respaldo y acompañamiento, a la Universidad de Cundinamarca por orientar el proceso, a la E.S.E. Hospital Habacúc Calderón de Carmen de Carupa por permitirme realizar la pasantía y al asesor Mg. René Guiovanni García Borbón por sus valiosas orientaciones y seguimiento durante esta etapa.

## RESUMEN

El presente informe corresponde al desarrollo de la pasantía en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa que se efectuó con el objetivo de iniciar el proceso de implementación gradual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y actualizar el Sistema de Control Interno (MECI) en dicha entidad. Se formalizó en un periodo de cuatro meses, de Junio a Septiembre del 2018; en cuatro fases: la primera fue la etapa de organización de la información para la gestión de la entidad y el talento humano; la segunda realización de los autodiagnósticos de las dimensiones operativas del MIPG para analizar la realidad y los ajustes requeridos para iniciar el proceso de implementación del modelo; la tercera la realización de los planes de acción de cada una de las dimensiones de la ley 1499 de 2017, y la cuarta fase contribuir al proceso de actualización del Sistema de Control Interno de acuerdo al Documento Marco General de MIPG.

Cumplidas estas fases se llegó a la conclusión que la pasantía permitió al estudiante el desarrollo y fortalecimiento de sus conocimientos desde un enfoque real y cotidiano, además mejorar su capacidad de trabajo en equipo ya que si todas las dimensiones funcionan conjunta y eficientemente se logran unos resultados exitosos, no solo para la organización sino también para la comunidad en general.

## **ABSTRACT**

His report corresponds to the development of the internship at ESE Habacuc Calderón Hospital in Carmen de Carupa, which was carried out with the aim of initiating the gradual implementation process of the Integrated Planning and Management Model MIPG and updating the Internal Control System (MECI) in that entity. It was formalized in a period of four months, from June to September of 2018; in four phases: the first was the stage of organization of information for the management of the entity and human talent; the second realization of the self-diagnoses of the operative dimensions of the MIPG to analyze the reality and the adjustments required to initiate the process of implementation of the model; the third, the realization of the action plans for each of the dimensions of law 1499 of 2017, and the fourth phase to contribute to the process of updating the Internal Control System according to the General Framework Document of MIPG.

Once these phases were completed, it was concluded that the internship allowed the student to develop and strengthen his knowledge from a real and daily approach, as well as to improve his capacity for teamwork, since if all the dimensions work together efficiently, some results are achieved successful, not only for the organization but also for the community in general.

## CONTENIDO

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
<b>CAPITULO 1. GENERALIDADES, METODOLOGÍAS Y MARCO DE REFERENCIA .....</b>	<b>12</b>
<b>TITULO DE LA PASANTIA.....</b>	<b>12</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>13</b>
<b>1. JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>15</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GENERAL .....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	16
<b>3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>17</b>
<b>4. MARCO DE REFERENCIA.....</b>	<b>18</b>
4.1 MARCO TEÓRICO .....	18
4.1.1.1 <i>Modelo Estándar de Control Interno (MECI)</i> .....	19
4.1.1.2 <i>Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG</i> .....	22
4.1.1.3 <i>El control interno.</i> .....	30
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	33
4.3 MARCO INSTITUCIONAL.....	37
4.4 MARCO LEGAL .....	43
<b>5. DISEÑO METODOLOGICO.....</b>	<b>48</b>
5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	48
5.2 POBLACIÓN.....	48
5.3 MUESTRA .....	48
5.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	48
5.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN .....	49
<b>CAPITULO 2. DESARROLLO DE LA PASANTÍA.....</b>	<b>50</b>
<b>6. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA PASANTIA .....</b>	<b>50</b>
6.1 FASE 1. ETAPA DE ORGANIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD Y EL TALENTO HUMANO.....	50



6.2 FASE 2. REALIZACIÓN DE LOS AUTODIAGNÓSTICOS DE LAS DIMENSIONES OPERATIVAS DEL MIPG PARA ANALIZAR LA REALIDAD Y LOS AJUSTES REQUERIDOS PARA INICIAR EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO EN LA E.S.E. HOSPITAL HABACUC CALDERÓN. ....	53
6.3 FASE 3. REALIZACIÓN DE LOS PLANES DE ACCIÓN PARA DAR INICIO AL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN CADA UNA DE LAS DIMENSIONES DE LA LEY 1499 DE 2017, SISTEMA DE GESTIÓN MIPG.....	72
6.4 FASE 4. CONTRIBUIR AL PROCESO DE ACTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) DE ACUERDO AL DOCUMENTO MARCO GENERAL DE MIPG. ....	75
<b>CAPITULO 3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES.....</b>	<b>92</b>
<b>7 CONCLUSIONES.....</b>	<b>92</b>
<b>8 RECOMENDACIONES FINALES .....</b>	<b>95</b>
<b>9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>96</b>
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
ANEXOS .....	100

## LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Dimensión 1. Talento humano.....	25
Ilustración 2. Dimensión 2. Direccionamiento Estratégico y Planeación.....	26
Ilustración 3. Dimensión 3. Gestión con valores para Resultados.....	28
Ilustración 4. Dimensión 4. Evaluación de Resultados.....	27
Ilustración 5. Dimensión 5. Información y Comunicación.....	29
Ilustración 6. Dimensión 6. Gestión del conocimiento y la innovación.....	30
Ilustración 7. Dimensión 7. Control Interno.....	30
Ilustración 8. E.S.E. Hospital Habacuc Calderón.....	39
Ilustración 9. Organigrama E.S.E José Habacuc Calderón.....	40
Ilustración 10. Caracterización de los servidores público E.S.E Hospital Habacuc Calderón .....	52
Ilustración 11. Cuestionarios dimensiones operativas MIPG.....	53
Ilustración 12. Pantallazo página del DAFP donde se descargar los formatos de autodiagnóstico.....	54
Ilustración 13. Formato herramienta de autodiagnóstico.....	55
Ilustración 14. Pantallazo herramienta Autodiagnóstico política gestión estratégica del talento humano.....	57
Ilustración 15. Pantallazo página web de la ESE donde se pueden encontrar los planes exigidos por Ley.....	61
Ilustración 16. Autodiagnóstico Política de seguimiento y evaluación del desempeño Institucional.....	66
Ilustración 17. Formato Plan de acción suministrado por el DAFP.....	72
Ilustración 18. Ejemplo elaboración plan de acción.....	74

## **LISTA DE CUADROS**

Cuadro 1. Evolución de la normatividad en materia de gestión pública y control interno..	47
Cuadro 2. Resultado ruta Talento humano .....	58
Cuadro 3. Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG .....	76

## **LISTA DE FOTOGRAFÍAS**

Fotografía 1. Socialización del aplicativo MIPG con el Abogado de la Institución. ....	71
Fotografía 2. Revisión de la Documentación con Contador Público. ....	71
Fotografía 3. Elaboración auditoria dimensión Participación ciudadana, seguimiento y evaluación de desempeño institucional.....	75
Fotografía 4. Asistencia al foro de la ESAP .....	90
Fotografía 5. Socialización Resolución 619 de 2018. ....	91

## **LISTA DE ANEXOS**

Anexo 1. Autodiagnósticos Dimensión 1. Talento Humano.....	100
Anexo 2. Autodiagnósticos Dimensión 2. Direccionamiento estratégico y planeación ....	106
Anexo 3. Dimensión 3. Gestión con valores para el resultado .....	111
Anexo 4. Dimensión 4. Evaluación de resultados .....	134
Anexo 5. Dimensión 5. Información y Comunicación.....	137
Anexo 6. Dimensión 7. Control interno.....	144
Anexo 7. Planes de acción .....	152
Anexo 8. Resolución adopción MIPG.....	163

**CAPITULO 1. GENERALIDADES, METODOLOGÍAS Y MARCO DE  
REFERENCIA**

**TITULO DE LA PASANTIA**

ACTUALIZACIÓN EN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI) E  
IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN  
MIPG EN LA ESE HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA.

ÁREA: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTABLE Y RIESGO EMPRESARIAL

LÍNEA: GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA

PROGRAMA: CONTADURÍA PÚBLICA

TEMA DE INVESTIGACIÓN: CONTROL INTERNO (MECI) Y MODELO  
INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN MIPG

## INTRODUCCIÓN

El presente documento evidencia el trabajo desarrollado por la Estudiante Laura Alejandra Rincón Castañeda, del programa de Contaduría Pública de la Universidad de Cundinamarca, en la pasantía denominada “Actualización en el Sistema de Control Interno (MECI) e Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa”, elaborado bajo los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP. Dando cumplimiento al Decreto 1499 de 2017 por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015; Decreto donde se expiden las nuevas disposiciones del nuevo Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG; articulando el nuevo Sistema de Gestión, que integra los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno.

Entiéndase el Sistema de Gestión como un conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad<sup>1</sup>.

El informe consta de dos capítulos, en el Capítulo 1 se encuentran las generalidades, metodología y marco de referencia bajo la cual se trabajó la investigación, allí se explica el por qué, para qué, dónde, y bajo que sustento teórico se desarrolló la pasantía.

---

<sup>1</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo Sistema de Gestión. MIPG. Bogotá. 2018. Versión 2. p. 9-10.

En el Capítulo 2 se realiza una descripción del desarrollo de la pasantía, las conclusiones y las recomendaciones finales. La pasantía se ejecutó en cuatro etapas:

Etapa 1. Se hizo el proceso de revisión de la normatividad del Modelo de Gestión, además se comenzó con la organización de la información para la gestión de la entidad y el talento humano.

Etapa 2. Se efectuaron los autodiagnósticos de las dimensiones operativas del MIPG para analizar la realidad y los ajustes requeridos así iniciar el proceso de implementación del modelo en la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón.

En la etapa 3 se formalizaron los planes de acción para dar inicio al proceso de implementación cada una de las dimensiones de la ley 1499 de 2017, Sistema de Gestión MIPG.

Y por último, en la etapa 4 se inspeccionó los requerimientos y se inició con la revisión de los requisitos para la actualización del Sistema de Control Interno (MECI) de acuerdo al Documento Marco General de MIPG.

Finalmente, se plasmaron las conclusiones y recomendaciones sobre los hallazgos que permitieron evaluar la articulación y cumplimiento del modelo de gestión MIPG con MECI y dar inicio al proceso de actualización del mismo.

## 1. JUSTIFICACIÓN

La E.S.E. Hospital Habacuc Calderón es una entidad de orden público, por dicha razón está obligada a dar estricto cumplimiento a las normas emanadas por el Gobierno Nacional, entre ellas la transición e implementación gradual del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG. Por lo anterior, se hace necesario que la entidad conozca primero que todo el nuevo modelo, analice su realidad y documente las adecuaciones y ajustes requeridos para implementarlo, así obtener alto grado de eficacia, eficiencia y efectividad en el momento de la prestación de los diversos productos y servicios.

Además, con el desarrollo de la pasantía entre la E.S.E y la Universidad de Cundinamarca representada por el pasante, la entidad contará con la asesoría y el apoyo de un profesional en el área contable que lo motive y lo acompañe a iniciar el proceso gradual de implementación del modelo, garantizando la continuidad en el proceso como parte de un compromiso pactado.

Adicionalmente, la pasantía permitirá al candidato a obtener el título de profesional de contaduría conocer desde un ámbito real los aspectos que intervienen en la planeación y gestión de una organización, reconociendo la 'estructura organizacional' de una empresa, los distintos niveles: unidades de operación, entidades legales, divisiones, funciones, operaciones, etc., al igual que los componentes del control interno.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Implementar gradualmente el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y actualizar el Sistema de Control Interno (MECI) en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Disponer de la información sobre la entidad y su talento humano para la gestión del Modelo MIPG.
- Aplicar los autodiagnósticos de las dimensiones operativas del MIPG para analizar la realidad y los ajustes requeridos para iniciar el proceso de implementación del modelo en la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón.
- Establecer los planes de acción para dar inicio al proceso de implementación cada una de las dimensiones de la ley 1499 de 2017, Sistema de Gestión MIPG.
- Contribuir al proceso de actualización del Sistema de Control Interno (MECI) de acuerdo al Documento Marco General de MIPG



### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En Colombia las entidades de orden público antes del año 2017 se regían por tres modelos de gestión pública: el Sistema de Gestión de Calidad (NTCGP-2009/15) el Sistema de control Interno (MECI) y el Sistema de Desarrollo Administrativo (ISO 9000:2005; 9001:2008), modelos de obligatorio cumplimiento. Pero a través del Decreto 1499 de 2017, el Gobierno de la República de Colombia decidió fusionar éstos tres sistemas y crear un sistema único de gestión, hoy denominado Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) acoplado el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) a éste, con el fin de minimizar esfuerzos y lograr mayor transparencia en las entidades públicas.

Por ello, todas las entidades de orden público entre ellas la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón adquirieron la responsabilidad de prepararse para comprender e iniciar la incorporación del nuevo modelo Integrado de Planeación y Gestión. De esta manera surgió la necesidad de asesoría y acompañamiento para la realización y puesta en marcha de un plan de implementación gradual en aras de la modernización y la eficiencia administrativa.

Es obligación de la E.S.E determinar el estado de su gestión, fortalezas y debilidades para determinar las acciones encaminadas al proceso de mejora continua; a la vez dar cumplimiento a la Legislación vigente y aplicable.

Por esta razón la E.S.E podrá solicitar y contar con el apoyo del profesional de Contaduría Pública de la Universidad de Cundinamarca, persona apta para desarrollar este tipo de asesoría y acompañamiento en las actividades que encaminan hacia el buen funcionamiento de la entidad, rescatar los avances de los anteriores sistemas y articularlos con el nuevo sistema, creando herramientas para el proceso de acreditación que actualmente adelanta y lograr el mejoramiento continuo y una alta calidad.

## 4. MARCO DE REFERENCIA

### 4.1 MARCO TEÓRICO

En el presente marco teórico se expone la fundamentación conceptual de los modelos objetos del desarrollo de la pasantía como los son: los sistemas de gestión pública, entre ellos el Modelo de Control Interno MECI; y el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG); y además contiene los aspectos que contempla el control interno como área de énfasis del contador público.

#### 4.1.1 Sistemas de gestión pública.

Inicialmente es necesario aclarar qué se entiende como un sistema de gestión, según SIIGO<sup>2</sup> define los sistemas de gestión como los programas diseñados para manejar las políticas y los procedimientos de una organización de manera eficaz, con el propósito de unificar la operación de todas las áreas del negocio para alinearlas con los objetivos de la empresa.

En el sector público los sistemas de gestión según el Decreto 1499 de 2017, Artículo 2.2.22.1.1 son:

El conjunto de entidades y organismos del Estado, políticas, normas, recursos e información, cuyo objeto es dirigir la gestión pública al mejor desempeño institucional y a la consecución de resultados para la satisfacción de las necesidades y el goce efectivo de los derechos de los ciudadanos, en el marco de la legalidad y la integridad<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> SIIGO. Qué es un sistema de gestión. [En línea]. 2018. [Citado el 25 Marzo de 2019]. Disponible en internet en: <https://www.siigo.com/blog/empresario/que-es-un-sistema-de-gestion/>.

<sup>3</sup> COLOMBIA, PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 1499 del 11 de Septiembre de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Diario Oficial. Bogotá, 2017.

Ambos conceptos coinciden en la consecución de resultados u objetivos a través de un proceso organizado, por ello la implementación de los sistemas de gestión buscan lograr la eficacia y eficiencia organizacional.

En el orden público se han venido implementando distintos sistemas de gestión y hoy están unificados en el Modelo MIPG, que se articula con el MECI.

#### **4.1.1.1 Modelo Estándar de Control Interno (MECI)**

En el año 2005 la Contraloría General de la República y el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), con el apoyo del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno firmaron un convenio con la intención de unificar, adoptar e implementar un modelo de control interno, cuya finalidad era buscar mayor eficacia e impacto del Control Interno en las entidades públicas, lo que condujo a la expedición del Decreto 1599 de 2005 “por el cual se adoptó el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005”. Elaborado con base al marco conceptual desarrollado con ocasión de la Cooperación Internacional con la Agencia de los Estados Unidos para la Cooperación Internacional (USAID), y su operador en Colombia Casals & Associates Inc., dentro del Programa de Fortalecimiento de la Transparencia y Rendición de Cuentas en Colombia.

Según el DAFP, el MECI “proporciona una estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y aunque promueve una estructura uniforme, se adapta a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran”<sup>4</sup>. Además con actualización de este modelo

---

<sup>4</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. [En línea]. 2015. [Citado el 25 Marzo de 2019]. 8p. Disponible en internet en: <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+ModeloEst%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>.

en el año 2014 el objetivo del MECI es proporcionar una estructura de control de la gestión que especifique los elementos necesarios para construir y fortalecer el Sistema de Control Interno, a través de parámetros necesarios (autogestión) para que las entidades establezcan acciones, políticas, métodos, procedimientos, mecanismos de prevención, verificación y evaluación en procura de su mejoramiento continuo (autorregulación), en la cual cada uno de los servidores de la entidad se constituyen en parte integral (autocontrol). Para ello, las entidades, en términos generales deberán diseñar y mantener la estructura del MECI a través de sus cinco componentes y asignar las responsabilidades en la materia, a cada uno de los servidores.

Inicialmente el MECI 1000:2005 se estructuró en tres grandes subsistemas, desagregados en 9 componentes y 29 elementos de control:

1. Subsistema de Control Estratégico: agrupa y correlaciona los parámetros de control que orientan la entidad hacia el cumplimiento de su visión, misión, objetivos, principios, metas y políticas
2. Subsistema de Control de Gestión: reúne e interrelaciona los parámetros de control de los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión: planes, programas, procesos, actividades, procedimientos, recursos, información y medios de comunicación.
3. Subsistema de Control de Evaluación: agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación y evaluación<sup>5</sup>. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2006)

Con la última modificación en la estructura del MECI quedo integrado así: 2 módulos y un eje transversal, 6 componentes y 13 elementos de control.

---

<sup>5</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual de Implementación Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005. Bogotá: 2006.

El módulo 1 es Control de Planeación y gestión éste permite:

Asegurar de una manera razonable, que la planeación y ejecución de la misma en la entidad tendrán los controles necesarios para su realización. Tiene como objetivo principal introducir en la cultura organizacional el control a la gestión en los procesos de direccionamiento estratégico, misionales, de apoyo y de evaluación. A la vez estructura en tres Componentes: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración del Riesgo, orientados a generar los estándares que permiten el desarrollo y afianzamiento de una cultura del control al interior de la entidad<sup>6</sup>. (Departamento Administrativo de la Función Pública, 2014, p. 36)

El Módulo 2 es el Control de Evaluación y Seguimiento contempla los aspectos que permiten

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<sup>7</sup>. El Módulo se estructura bajo tres componentes: Autoevaluación Institucional, Auditoría Interna y planes de mejoramiento.

Con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión como se puede apreciar en el manual operativo de implementación de éste se empezó a hablar de cinco componentes de la estructura del MECI quedando de la siguiente manera:

---

<sup>6</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. [En línea]. 2015. [Citado el 25 Marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+Modelo+Est%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>. 2014. 36p.

<sup>7</sup> *Ibíd.*, 86 p.

**Componente ambiente de control:** Es el conjunto de directrices y condiciones mínimas que brinda la alta dirección de las organizaciones con el fin de implementar y fortalecer su sistema de control interno.

**Componente evaluación del riesgo:** es el proceso que permite identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que pueden afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

**Actividades de control:** es el conjunto de acciones expresadas en políticas de operación procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.

**Información y comunicación:** La información tiene como base conocer el estado de los controles, así como para conocer el avance de la gestión de la entidad. La comunicación permite que los servidores públicos comprendan sus roles y responsabilidades, y sirve como medio para la rendición de cuentas.

**Actividades de monitoreo:** busca que la entidad haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y controles, esto se puede llevar a cabo a partir de dos tipos de evaluación: concurrente o autoevaluación y evaluación independiente.

#### **4.1.1.2 Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG**

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG según el Artículo 2.2.22.3.2 del Decreto 1499 de 2017 se define como:

Un marco de referencia para dirigir, planear, ejecutar, hacer seguimiento, evaluar y controlar la gestión de las entidades y organismos públicos, con el fin de generar resultados que atiendan los planes de desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> COLOMBIA, PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA. Decreto 1499 del 11 de Septiembre de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Diario Oficial. Bogotá. 2017.

Nace de la fusión de los tres sistemas de gestión en el orden público como lo eran: el Sistema de desarrollo administrativo, el Sistema de Control de Calidad y el Sistema de Control Interno que unificados conforman hoy un único modelo de gestión el MIPG, según Hernández, Hernández, De los Ángeles y Barbosa<sup>9</sup> esta decisión tuvo como finalidad simplificar e integrar el sistema de gestión en las empresas del Estado, para que este se realice de forma dinámica, agilizando los procedimientos del personal, lo que permite encontrar soluciones a los problemas y anticiparse a los mismos.

El Departamento administrativo de la Función Pública explica que el MIPG parte de una visión múltiple de la gestión organizacional, representada en ocho dimensiones claves, que a su vez agrupan un conjunto de políticas, prácticas, elementos o instrumentos con un propósito común, generales a todo proceso de gestión pero adaptables a cualquier entidad pública, y que puestas en práctica de manera articulada e intercomunicada, permitirán que MIPG opere<sup>10</sup>.

Dichas dimensiones están basadas de acuerdo al Ciclo Deming o PHVA, que consiste en Planear, hacer, verificar y actuar, para mejorar los elementos fundamentales del sistema de gestión, se pueden identificar así:

Planear: Segunda Dimensión Direccionamiento Estratégico y Planeación

Hacer: Tercera Dimensión Gestión con Valores para el Resultado

Verificar y actuar: Cuarta Dimensión Evaluación para el Resultado y Séptima Dimensión Control Interno; el Control Interno se integra, a través del MECI, como una dimensión del Modelo.

---

<sup>9</sup> HERNÁNDEZ ROYETT, Javier., HERNÁNDEZ, Yamid., DE LOS ÁNGELES, María., & CARDÉNAS, Elmer. Evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en las Entidades Territoriales del Estado Colombiano. Aglala. México: 2018.

<sup>10</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Marco General Sistema de Gestión MIPG. Versión 2. Bogotá, 2018. 33p.

Según el DAFP la finalidad fundamental de MIPG es ser una propuesta unificadora, sistémica e innovadora, que permita:

1. El reconocimiento de las necesidades y requerimientos de los ciudadanos y grupos de valor, respondiendo activa y efectivamente a la garantía de sus derechos y ejercicio de sus deberes
2. La integridad en la administración de los recursos públicos, que aportan los colombianos y colombianas, que son definitivos para garantizar efectivamente los derechos, resolver las necesidades y problemáticas de la ciudadanía
3. La necesaria continuidad en las políticas públicas, es decir, reconocer que la gestión pública se adelanta siempre sobre procesos que tienen ya algunos desarrollos, con lecciones aprendidas.
4. La capacidad de colaborar y construir de manera conjunta al interior de las dependencias, entidades, sectores, departamentos y municipios, y el Estado como un todo, y
5. La rendición constante de cuentas a través del diálogo con la sociedad por las acciones, retos y resultados alcanzados y en proceso<sup>11</sup>.

Anteriormente se mencionó que el MIPG está estructurado en Dimensiones estas son:

**1ª. Dimensión: Talento Humano:** El propósito de esta dimensión es ofrecerle a una entidad pública las herramientas para gestionar adecuadamente su talento humano a través del ciclo de vida del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro), de acuerdo con las prioridades estratégicas de la entidad definidas en el marco de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, las normas que les rigen en materia de personal, y la garantía del derecho fundamental al diálogo social y a la concertación como principal mecanismo para resolver las controversias laborales; promoviendo siempre la integridad en el ejercicio de las funciones y competencias de los servidores públicos.

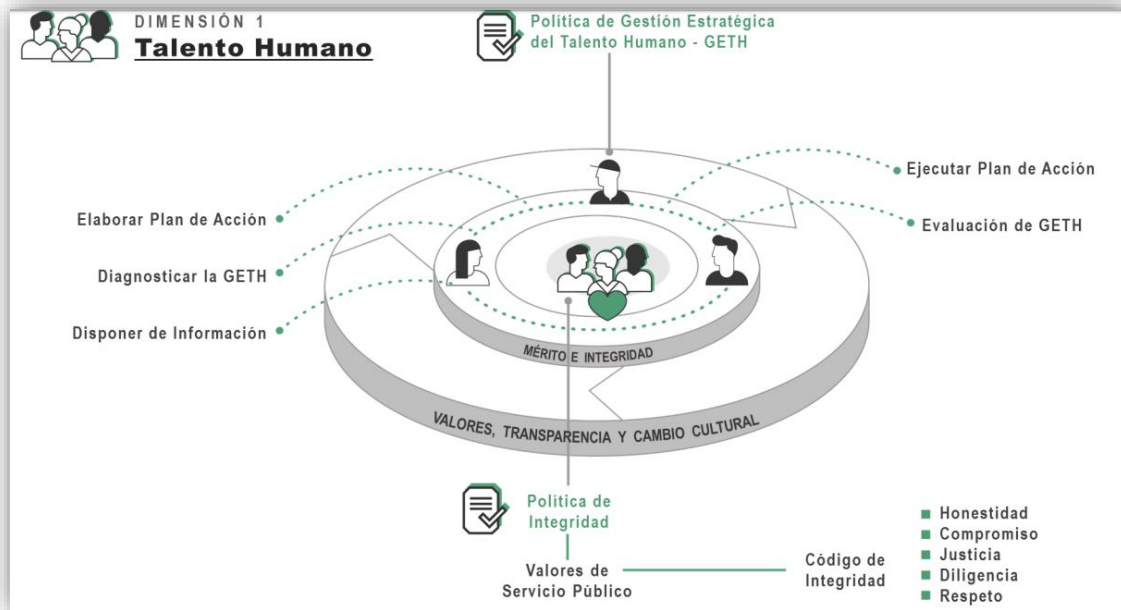
---

<sup>11</sup> *Ibíd.*, 17p.



En la ilustración 1 se aprecian las distintas etapas que se deben cumplir en esta dimensión que en su respectivo orden son: disponer de la información, diagnosticar la GETH, elaborar plan de acción, ejecutar el pan de acción y evaluación de la GETH. Obteniendo como resultados la política de gestión estratégica de talento humano y la política de integralidad.

**Ilustración 1. Dimensión 1. Talento humano.**



Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Sistema de Gestión y MIPG. Recuperado de [http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion\\_MIPG.pdf](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion_MIPG.pdf). (s.f.).

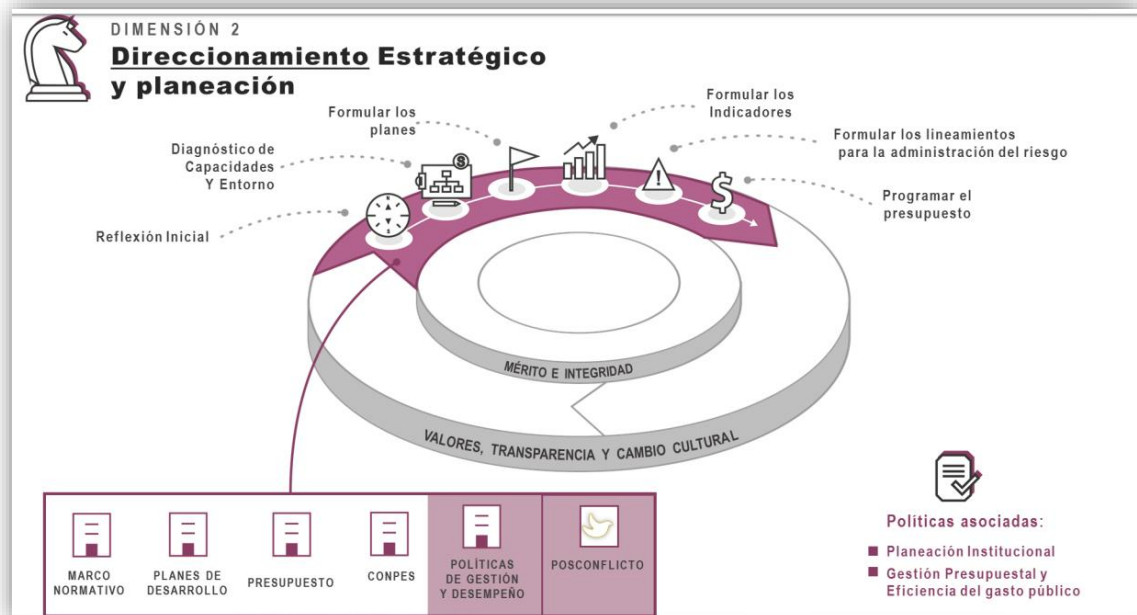
**2ª. Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación:** Esta dimensión tienen como “propósito permitirle a una entidad pública definir la ruta estratégica que guiará su gestión institucional, con miras a garantizar los derechos, satisfacer las necesidades y solucionar los problemas de los ciudadanos destinatarios de sus productos y servicios, así como fortalecer la confianza ciudadana y la legitimidad<sup>12</sup>”. Para ello cada entidad debe tener claro su plataforma estratégica, sus grupos de interés y de valor y las necesidades de los mismos, determinando las metas y

<sup>12</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Marco General Sistema de Gestión MIPG. Bogotá. 2018. Versión 2. 30p.

resultados en términos de productos y servicios. Además identificar las capacidades con las que cuenta en términos de recursos, talento humano, procesos, y en general y definir la manera de lograr los resultados, teniendo en cuenta los insumos necesarios, los mejores cursos de acción.

En la ilustración 2 se pueden observar las etapas y actividades que toda entidad debe realizar para su direccionamiento estratégico entre ellas: reflexión inicial, diagnóstico de capacidades y entorno, formulación de planes e indicadores, formulación de lineamientos para administración del riesgo y programación del presupuesto para las actividades propuestas.

**Ilustración 2. Dimensión 2. Direccionamiento Estratégico y Planeación.**

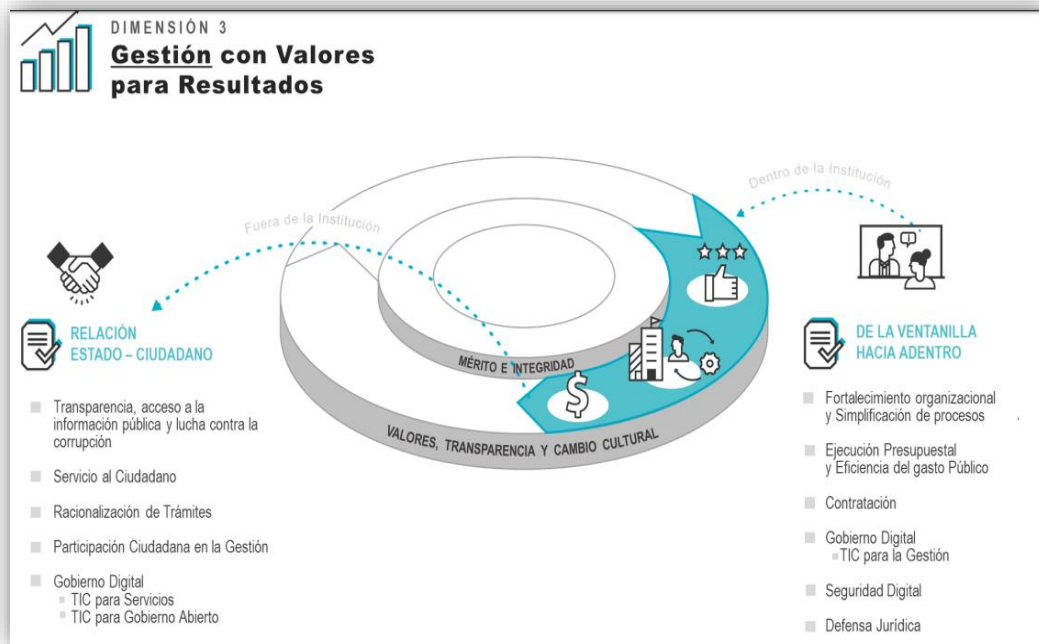


Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Sistema de Gestión y MIPG. Recuperado de [http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion\\_MIPG.pdf](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion_MIPG.pdf). (s.f.).

**3ª. Dimensión: Gestión con Valores para Resultados:** Esta dimensión agrupa un conjunto de políticas, o prácticas e instrumentos que tienen como propósito permitirle a la organización realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público.

En la ilustración 3 se visualizan dos grupos de lineamientos que se deben tener en cuenta las entidades para las políticas de gestión y desempeño institucional, un grupo corresponde a la relación del estado con el ciudadano y el segundo grupo de la ventanilla hacia dentro que está asociada a los aspectos relevantes para una adecuada operación de la organización.

**Ilustración 3. Dimensión 3. Gestión con valores para Resultados.**



Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Sistema de Gestión y MIPG. Recuperado de [http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion\\_MIPG.pdf](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion_MIPG.pdf). (s.f.).

**4ª. Dimensión: Evaluación de Resultados:** El propósito de la cuarta dimensión es promover en la entidad el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico. En la ilustración 4 se presentan las etapas para saber el estado de avance de la gestión institucional, planear las acciones para mitigar el riesgo y finalmente conocer el estado y cumplimiento de los logros planteados.

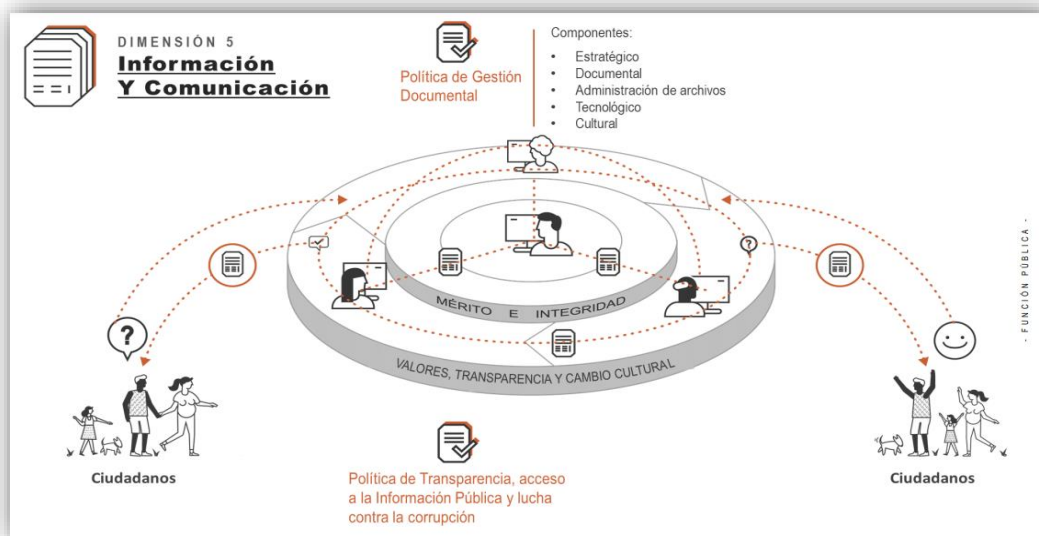
**Ilustración 4. Dimensión 4. Evaluación de Resultados.**



Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Sistema de Gestión y MIPG. Recuperado de [http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion\\_MIPG.pdf](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion_MIPG.pdf). (s.f.).

**5ª Dimensión: Información y Comunicación:** esta dimensión tiene el propósito de garantizar un adecuado flujo de información interna, así como de la información externa ya que esta permite una interacción con los ciudadanos; para tales fines se requiere contar con canales de comunicación acordes con las capacidades organizacionales y con lo previsto en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información. Para ello las entidades públicas deben crear e implementar una política de gestión documental incluyendo los componentes: estratégico, documental, cultural, tecnológico y administración de archivos. Política que debe ir articulada con la política de transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción como se observa en la ilustración 5.

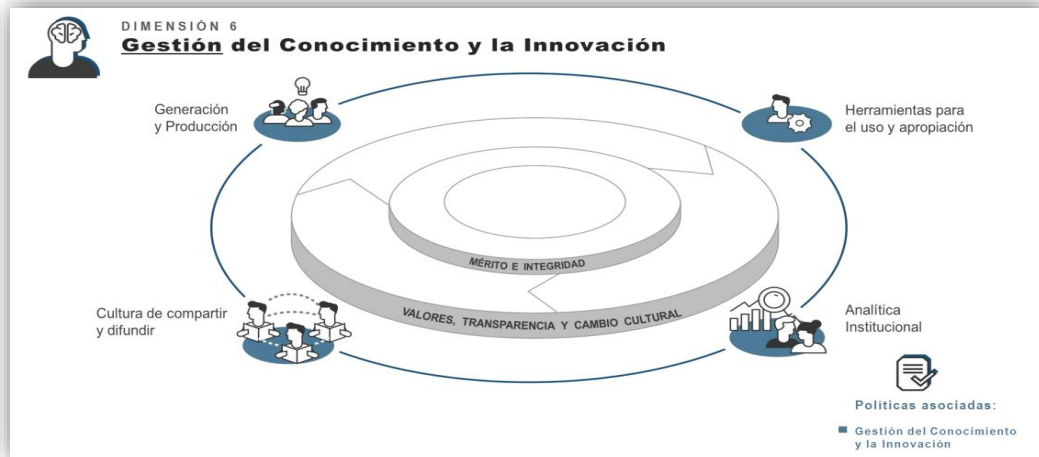
## Ilustración 5. Dimensión 5. Información y Comunicación.



Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Sistema de Gestión y MIPG. Recuperado de [http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion\\_MIPG.pdf](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion_MIPG.pdf). (s.f.).

**6ª Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación:** en esta dimensión se promueve el uso de las tecnologías de la información y la comunicación como mecanismos de experimentación e innovación para desarrollar soluciones eficientes en cuanto a: tiempo, espacio y recursos económicos. Para ello se sugiere que las entidades públicas reduzcan el riesgo en la implementación de nuevas iniciativas de gestión al optar por la construcción de ensayos, prototipos o experimentos que permiten comprobar o visualizar posibles fallas antes de la introducción de nuevos o mejorados productos y servicios. En la ilustración 6 se pueden observar los cuatro ejes que la fundamentan.

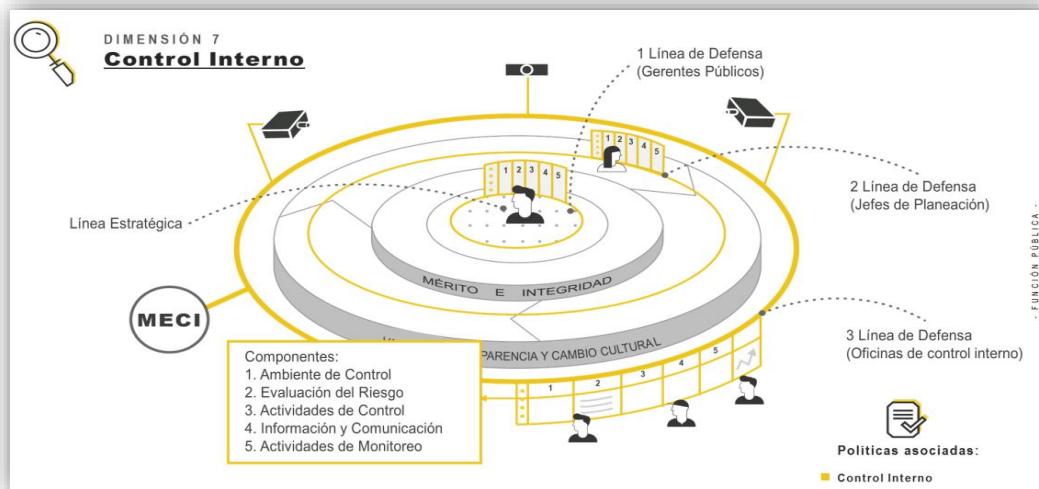
**Ilustración 6. Dimensión 6. Gestión del conocimiento y la innovación.**



Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Sistema de Gestión y MIPG. Recuperado de [http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion\\_MIPG.pdf](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion_MIPG.pdf). (s.f.).

**7ª. Dimensión: Control Interno:** se desarrolla a través del Modelo Estándar de Control Interno –MECI, el cual se explicó con mayor detenimiento en el apartado anterior. En la ilustración 7 se muestra sus componentes, línea estratégica y líneas de defensa.

**Ilustración 7. Dimensión 7. Control Interno**



Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Sistema de Gestión y MIPG. Recuperado de [http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion\\_MIPG.pdf](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion_MIPG.pdf). (s.f.).

**4.1.1.3 El control interno.**

¿Qué se entiende por control interno? El concepto de control interno ha venido evolucionando con el paso del tiempo pues en el año de 1992 el Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway (COSO) explica que para entonces existía un amplia gama de conceptos de este término que se originaba de acuerdo a la entidad que emitirá éste. Por esta razón se dio origen a la búsqueda de una sola definición común, que es importante que tenga clara el Contador Público para el ejercicio de su labor.

Una de las primeras definiciones que la profesión contable hizo sobre el control interno fue:

El control interno comprende el plan de la organización y todos los métodos y medidas coordinados que se adoptan en un negocio para salvaguardar sus activos, verificar la exactitud y la confiabilidad de sus datos contables, promover la eficiencia operacional y fomentar la adherencia a las políticas prescritas<sup>13</sup>.

Posteriormente la AICPA dividió al control interno en dos componentes: control administrativo y control contable.

El control administrativo incluía, pero no se limitaba, al plan de la organización y los procedimientos y registros relacionados con los procesos de decisión administrativas asociadas directamente con la responsabilidad por el logro de los objetivos de la organización y como un punto de partida para el establecimiento del control contable de las transacciones.

El control contable comprendía el plan de la organización y los procedimientos y registros relacionados con la salvaguarda de los activos y con la confiabilidad de los estados financieros<sup>14</sup>.

Sin embargo esta definición fue cuestionada y el Institute of Internal Auditors crea la siguiente definición que abarca nuevos aspectos, según esta entidad el Control interno son las acciones tomadas por la administración para planear, organizar, y

---

<sup>13</sup> MANTILLA, Samuel Alberto. Auditoría del control interno. Bogotá: Ecoe Ediciones, 2009. 7p.

<sup>14</sup> MANTILLA, Samuel Alberto. Auditoría del control interno. Bogotá: Ecoe Ediciones, 2009.

dirigir el desempeño de acciones suficientes que provean seguridad razonable y cumplir con algunos objetivos como: el logro de los objetivos y metas establecidos para las operaciones y para los programas; el uso económico y eficiente de los recursos, la salvaguarda de los activos; la confiabilidad e integridad de la información y el cumplimiento con políticas, planes, procedimientos, leyes y regulaciones<sup>15</sup>.

Posteriormente COSO definió “el control interno como un proceso, efectuado por la junta, la administración y otro personal, diseñado para proveer seguridad razonable en relación con el logro de los objetivos de la organización”<sup>16</sup>. Concepto que fue actualizado en el año 2013. En la creación de esta definición se describen los componentes del control interno que hoy en día hacen parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG y del Modelo Estándar de Control Interno – MECI como lo son: (1) Ambiente de control; (2) Valoración de riesgos; (3) Actividades de control; (4) Información y comunicación; y (5) Actividades de monitoreo.

Igualmente dentro la creación de este concepto se tuvieron en cuenta aspectos muy importantes como:

- ✓ Expectativas por la vigilancia que ejerce el gobierno de la empresa.
- ✓ Globalización de los mercados y de las operaciones.
- ✓ Cambios en y mayores complejidades de los negocios.
- ✓ Exigencias y complejidades en leyes, reglas, regulaciones y estándares.
- ✓ Expectativas por competencias y accountabilities.
- ✓ Uso de, y confianza en, las tecnologías que evolucionan.
- ✓ Expectativas en relación con la prevención y detección del fraude<sup>17</sup>.

Aspectos que el Gobierno de Colombia contempló en la creación y formulación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

---

<sup>15</sup> MANTILLA, Samuel Alberto. Auditoría del control interno. Bogotá: Ecoe Ediciones, 2009.

<sup>16</sup> *Ibíd.*, p.8

<sup>17</sup> *Ibíd.* 9p.



## 4.2 MARCO CONCEPTUAL

En el presente marco conceptual se explican algunos significados de los elementos generales que hacen parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y del Modelo de Control Interno MECI, modelos en proceso de articulación e implementación en la E.S.E Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa.

Inicialmente, es importante comprender el significado la sigla E.S.E.: entiéndase **E.S.E** (Empresa Social del Estado): como aquellas que “constituyen una categoría especial de la entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por las asambleas o concejos”<sup>18</sup>.

El MIPG es un modelo Integrado de Planeación y **Gestión** que contribuye al cumplimiento de los **objetivos institucionales** de la entidad donde se implementa.

¿Qué se entiende por gestión? “**Gestión** son las actividades coordinadas para planificar, controlar, asegurar y mejorar una entidad”<sup>19</sup>.

Y los **objetivos institucionales**: son los logros que la organización pública espera concretar en un plazo determinado (mayor de un año), para el cumplimiento de su propósito fundamental de forma eficiente y eficaz<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> COLOMBIA, PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA. Decreto 1876 de 1994. Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado. Artículo 1. Bogotá: Diario Oficial, 1994.

<sup>19</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. Recuperado de <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+Modelo+Est%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>. 2014. 119p.

<sup>20</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Glosario Sistema de Gestión MIPG. Versión 3. Bogotá: 2018. 7p.

Concibiendo la **Eficiencia** como la capacidad de producir el máximo de resultado con el mínimo de recursos, energía y tiempo<sup>21</sup>.

La **Eficacia** es el grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan los resultados planificados<sup>22</sup>.

La **Efectividad** es la medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles<sup>23</sup>.

La articulación del MIGP y el MECI buscan además de la eficiencia y eficacia administrativa que las empresas donde se implementen logren su autogestión y control, por ello, es importante comprender qué es el control interno y los principios del modelo.

**El control interno** es un proceso efectuado por 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 objetivos<sup>24</sup>. Los principios del control interno son:

**El Autocontrol** es la capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la organización, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos,

---

<sup>21</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. Recuperado de <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+Modelo+Est%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>. 2014. 119p.

<sup>22</sup> *Ibíd.*, 119p.

<sup>23</sup> *Ibíd.*, 119p.

<sup>24</sup> *Ibíd.*, 119p.

actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política<sup>25</sup>.

**La Autorregulación** es la capacidad de cada una de las organizaciones para desarrollar y aplicar en su interior métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y fortalecimiento incremental del Sistema de Control Interno, en concordancia con la normatividad vigente<sup>26</sup>.

**Autogestión:** capacidad de toda organización pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la ley y sus reglamentos<sup>27</sup>.

Estos principios deben ser promovidos por la **alta dirección** definida ésta como “la persona o grupo de personas del máximo nivel jerárquico que dirigen y controlan una entidad”<sup>28</sup>.

Otros conceptos destacados del control interno y en la gestión administrativa son:

**Ambiente de control:** El entorno de control comprende la actitud, la conciencia y acciones de los directores y administración respecto del Sistema de Control Interno y su importancia en la entidad<sup>29</sup>.

**Procedimiento:** Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso<sup>30</sup>.

---

<sup>25</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Glosario Sistema de Gestión MIPG. Versión 3. Bogotá: 2018. 2p.

<sup>26</sup> *Ibid.*, 2p.

<sup>27</sup> *Ibid.*, 2p.

<sup>28</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. Recuperado de <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+Modelo+Est%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>. 2014. 118p.

<sup>29</sup> *Ibid.*, 118p.

<sup>30</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. Recuperado de <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+Modelo+Est%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>. 2014. 118p.

**Proceso:** Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados<sup>31</sup>.

**Gestión de riesgos:** Un proceso para identificar, evaluar, manejar y controlar acontecimientos o situaciones potenciales, con el fin de proporcionar un aseguramiento razonable respecto al alcance de los objetivos de la organización<sup>32</sup>.

**Riesgo:** La posibilidad de que ocurra un acontecimiento que tenga un impacto en el alcance de los objetivos. El riesgo se mide en términos de impacto y probabilidad<sup>33</sup>. Parte de la gestión y el control institucional se efectúa usando como herramientas las auditorías internas que sirven para identificar las falencias y oportunidades de mejora en una empresa, al igual que medir el nivel de madurez de los procesos para posteriormente crear planes de mejoramiento, para mayor claridad de lo anteriormente expuesto es importante tener nociones de los siguientes conceptos:

**Auditoría interna:** Es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de una entidad. Ayuda a una entidad a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno<sup>34</sup>.

**Indicador:** variable o factor cuantitativo o cualitativo que proporciona un medio sencillo y fiable para medir logros, reflejar los cambios vinculados con la gestión o evaluar los resultados de una entidad<sup>35</sup>.

---

<sup>31</sup> *Ibíd.*, 120p.

<sup>32</sup> *Ibíd.*, 119p.

<sup>33</sup> *Ibíd.*, 121p.

<sup>34</sup> *Ibíd.*, 121p.

<sup>35</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Glosario Sistema de Gestión MIPG. Versión 3. Bogotá: 2018. 6p.

**Niveles de madurez:** grupos de características comunes que definen el estado o el grado de avance o desarrollo de algún proceso, modelo o sistema<sup>36</sup>.

**Plan:** documento que recoge de manera detallada lo que una entidad desea hacer para cumplir un propósito incorporando aspectos como rutas de trabajo (estratégicas u operativas), objetivos, cronogramas, responsables, indicadores, recursos, riesgos y controles<sup>37</sup>.

**Resultado:** producto, efecto o impacto (intencional o no, positivo y/o negativo) de la gestión de una entidad<sup>38</sup>.

#### 4.3 MARCO INSTITUCIONAL

En el presente marco institucional se realiza una contextualización generalizada de la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón, entidad donde se desarrolló la pasantía, para dar una visión del objeto social y la plataforma estratégica de ésta.

El Hospital Habacuc Calderón, se fundó el 14 de Octubre de 1950, por Don José Habacuc Calderón Arévalo, oriundo de Carmen de Carupa. Según Luis Alfredo Niño<sup>39</sup> el Hospital es actualmente es una institución descentralizada de primer nivel de complejidad (nivel I), adscrita a la Secretaria de Salud de Cundinamarca, con autonomía patrimonial y administrativa, ubicada en el occidente de la provincia del Valle de Ubaté, en una latitud 2980 metros sobre el nivel del mar.

El Hospital se encuentra ubicado en la zona urbana del municipio, en la Calle 2 No. 1 E-50, Coordenadas para Georreferenciación: 5°20'51.47"norte con 73°53'55.68" oeste; elevación 2961; la vía de acceso es la carretera principal que llega del

---

<sup>36</sup> *Ibíd.*, 7p.

<sup>37</sup> *Ibíd.*, 8p.

<sup>38</sup> *Ibíd.*, 10p.

<sup>39</sup> NIÑO BENITEZ, Luis Alfredo. Plataforma Estratégica 2017-2020 ESE Hospital Habacuc Calderón Carmen de Carupa. Carmen de Carupa: 2017

municipio de Ubaté. Colinda con las siguientes construcciones: Norte: Calle vehicular y edificaciones de tipo habitacional, Sur: Hogar geriátrico Occidente: Avenida principal Oriente: fincas Área de cobertura: Casco urbano y 26 veredas. El hospital tiene cobertura para un total de 8628 habitantes, los servicios que ofrece son los siguientes: urgencias, consulta externa, hospitalización, sala de partos, laboratorio clínico, rayos X, terapia respiratoria, terapia física, vacunación, odontología, optometría, P y P<sup>40</sup>.

En la Infraestructura, la Institución cuenta con una planta física propia, en un área de terreno de 35.923 m<sup>2</sup>, área construida: 2.127 m<sup>2</sup> la cual se edificó en 1950 y se recibió un reforzamiento estructural entre los años 2014 y 2015 como se puede observar en la Ilustración 8; con una moderna Área de Servicios ambulatorios, eficiente estructura para el servicio de urgencias, funcional y actualizado esquema arquitectónico de hospitalización con capacidad de 12 camas infraestructura necesaria para la distribución de los servicios básicos (Medicina interna, Ginecoobstetría y Pediatría), Departamento de Ginecoobstetría (Sala de trabajo y Sala de partos), y capacidad locativa necesaria para Servicios de apoyo (Alimentación, Lavandería, Esterilización y Almacén). (ESE Habacuc Calderón, 2019).

---

<sup>40</sup> NIÑO BENITEZ, Luis Alfredo. Informe de Gestión 2017 ESE Hospital Habacuc Calderón Carmen de Carupa. Carmen de Carupa: 2017

### **Ilustración 8. E.S.E. Hospital Habacuc Calderón**



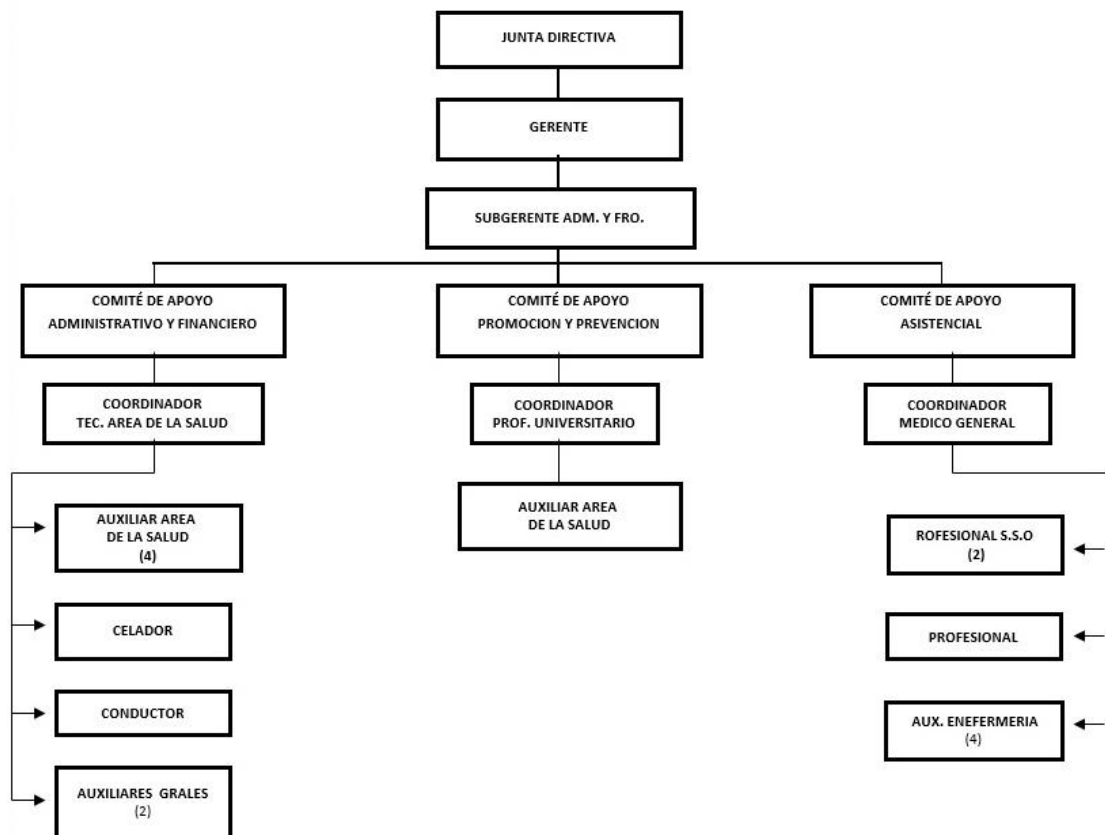
*Fuente: NIÑO BENITEZ, Luis Alfredo. Informe de Gestión 2017 ESE Hospital Habacuc Calderón Carmen de Carupa. Carmen de Carupa: 2017*

### **Estructura orgánica.**

Su órgano directivo está compuesto por la Junta Directiva (Delegado de Gobernador, Delegado del Secretario de Salud de Cundinamarca, representante de los usuarios, Representante de los Trabajadores Asistenciales, Representante de los Trabajadores Administrativos) y la representación legal realizada por el Gerente quien es elegido por concurso de méritos para periodos institucionales de cuatro años.

Su estructura orgánica está conformada como se puede apreciar en la siguiente ilustración:

**Ilustración 9. Organigrama E.S.E José Habacuc Calderón.**



Fuente: E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN. Personal y Organograma. 2013. Recuperado de <http://esehabacuc.calderon.gov.co/wp-content/uploads/2013/04/ORGANIGRAMA.jpg>

**Plataforma estratégica:**

**Misión:** “Garantizar a los vecinos y habitantes de Carmen de Carupa la prestación de los diferentes servicios en el área de la Salud con oportunidad, eficiencia, calidad y sentido humanitario, pretendiendo lograr la total satisfacción de los usuarios dentro del marco de lo establecido en la Constitución Nacional, la Ley 100 de 1.993 y el código de Ética Médica.”<sup>41</sup>

<sup>41</sup> E.S.E HABACUC CALDERÓN. (2019). Nosotros. Recuperado de <http://esehabacucalderon.gov.co/?p=93>



**Visión:** “Nos proyectamos al futuro siendo una Empresa Prestadora de Servicios de Salud autónoma y eficiente que alcance los estándares de calidad de una Institución de primer nivel de atención, para lograr resolver la problemática de salud de los habitantes de Carupa y Municipios aledaños”<sup>42</sup>.

## **PRINCIPIOS ETICOS**

El Hospital cuenta con los siguientes principios que son fundamentales para el buen clima organizacional y la atención al usuario.

**SOLIDARIDAD:** Mantener una relación laboral y comunitaria que beneficie la consecución de los objetivos propuestos de la ESE.

**TOLERANCIA:** Respetar y tener consideración hacia las maneras de pensar, actuar y sentir de los demás, aunque estas sean diferentes a las nuestras sin perjuicio de los derechos y deberes que nos asisten.

**COMPETITIVIDAD:** Asegurarle al que utilizan nuestros servicios, sus familiares, comunidades, proveedores y demás visitantes, que nuestra institución cuenta con recursos necesarios e idóneos para garantizar su satisfacción.

**OPORTUNIDAD:** Prestar el servicio que requiere el paciente, en el momento adecuado sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida y Salud.

**COMPROMISO:** ir más allá del simple deber, desempeño y cumplimiento eficaz de nuestras funciones, somos parte integral de la institución, identificamos y queremos lo que hacemos.

---

<sup>42</sup> Ibíd.

**PARTICIPATIVOS:** Asegurar la participación de todos y cada uno de los servidores de la Institución en la búsqueda de un objetivo común.

**DISCRETOS:** Garantizamos la confiabilidad a los usuarios de la institución tanto internos como externos.

**VALORES COMPROMISO SOCIAL E INSTITUCIONAL:** Fortalecimiento de los procesos con el propósito de garantizar los servicios de salud a la población de nuestro municipio, mediante la promoción y desarrollo nuestro objetivo institucional.

**OPORTUNIDAD:** Cumplir a tiempo y con calidad las funciones en la prestación de servicio a los usuarios.

**AUSTERIDAD:** Las funciones del Hospital Habacuc Calderón, deben obrar con sobriedad y racionalización en el uso de los recursos, de tal manera que proyecten una imagen de transparencia en su gestión.

**EFICACIA:** Realización de actividades planificadas para alcanzar el logro de los resultados esperados.

**EFICIENCIA:** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a los cuales da derecho la seguridad sean prestados en forma, adecuada, oportuna y suficiente.

**UNIVERSALIDAD:** Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

**HONESTIDAD:** Compromiso con la sociedad y el estado, identificándose con los fines esenciales de este, a través del buen desempeño de las funciones encomendadas, del cual se concreta su servicio a la comunidad.

**TRANSPARENCIA:** El servicio público de Habacuc Calderón, debe obrar en consecuencia al derecho de la comunidad, estar informada sobre las decisiones administrativas que le afectan directamente y que sean de su interés.

**TRABAJO EN EQUIPO:** Consolidación de una Administración Pública efectiva, transparente y democrática, con fundamento en política de calidad, en la prestación de servicios, orientada a una gestión por procesos.

**RESPECTO:** Es la atención y consideración para los demás y consigo mismo, cuidando en no atropellar la dignidad humana.

**RESPONSABILIDAD:** Es cumplir debidamente las funciones y asumir las consecuencias de las decisiones, actos y comisiones.

**PRINCIPIOS CORPORATIVOS MEJORAMIENTO CONTINUO:** Es nuestra voluntad de aprendizaje permanente, con actitud positiva, frente al cambio, para el óptimo desempeño individual y empresarial.

**ATENCIÓN HUMANIZADA:** Actuar con sensibilidad y empatía para animar y acompañar al usuario y su familia, respetando sus derechos.

**COMPROMISO SOCIAL:** velar por el cuidado integral de la salud de las personas para el mejoramiento del bienestar y calidad de vida de la población.

**SEGURIDAD:** Garantizar condiciones favorables para una prestación de servicios seguro a nuestros clientes internos y externos<sup>43</sup>.

#### **4.4 MARCO LEGAL**

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) articulado con el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), es producto de la búsqueda del Gobierno Nacional por la transparencia, el uso responsable de los recursos públicos, la lucha contra la corrupción y las buenas prácticas administrativas en todas las entidades

---

<sup>43</sup> NIÑO BENÍTEZ, Luis Alfredo. Código de Ética y Buen Gobierno ESE Hospital Habacuc Calderón. <http://esehabacucalderon.gov.co/wp-content/uploads/2018/06/CODIGO-DE-%C3%89TICA-BUEN-GOBIERNO-CARUPA-2018-1.pdf>. Carmen de Carupa: 2018.

públicas, esfuerzos que se han consolidado a través del tiempo producto de la evolución de las prácticas y aplicación de la normatividad en materia de gestión y control administrativo. Por ello es importante conocer cómo las entidades públicas han afrontado este reto y cual es ruta legislativa que se trazó para la implementación del actual MIPG.

Teniendo en cuenta que el MIPG integra los anteriores Sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno se citan algunas de las normas que reglamentaron la ejecución de cada uno de estos sistemas.

El primer acercamiento nace con la creación de la Constitución Política de Colombia en el año 1991 con los siguientes artículos:

Artículo 209 establece que,

La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señala la ley.<sup>44</sup>

El artículo 269 indica que: “En las entidades públicas las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas”<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> OLANO GARCÍA, Hernán Alejandro, et al. Constitución Política de Colombia. 2006.

<sup>45</sup> *Ibíd.*

En estos dos artículos el Gobierno Nacional expresa la obligación de las entidades públicas de establecer directrices, políticas, métodos y procedimientos de control interno.

Posteriormente, se emite la ley 87 de 1993 “por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones”<sup>46</sup>, en esta Ley se expresa que el representante legal o máximo directivo será el principal responsable del control interno, sin embargo la responsabilidad recae igualmente en los jefes de cada una de las distintas dependencias de las entidades y organismos”.

En el año 2005 se dicta El Decreto 1599 del 20 de mayo de 2005, “Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, MECI 1000:2005”<sup>47</sup>, allí se establece la obligación de las entidades públicas de aplicar dicho modelo y se dictan las pautas y plazos de la aplicación gradual del mismo. Plazos que se fueron unificando a través de los decretos 2621 de 2006, 2913 de 2007 y 4445 de 2008 donde se tuvo en cuenta la categoría de cada municipio. Junto con el Departamento Administrativo de la Función Pública se proporcionó asesoría y material didáctico para que las entidades tuvieran algunas herramientas para su implementación.

A partir del 2010 con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación se creó un aplicativo donde las entidades públicas anualmente debían diligenciar algunos cuestionarios que median el desempeño y el nivel de aplicación del modelo

---

<sup>46</sup> COLOMBIA, CONGRESO DE LA RÉPUBLICA. Ley 87 de 1993. Bogotá: Diario Oficial. 1993.

<sup>47</sup> COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA –DAPF-. Decreto 1599 del 26 de Mayo de 2005, por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI: 2005, para el Estado Colombiano. Diario oficial. Bogotá, D.C., No. 45920, 2005.

en cada entidad. El MECI en atención al seguimiento a su implementación y a las nuevas necesidades que genera el entorno de las entidades públicas fue actualizado en el 2014.

En materia de gestión de la calidad con la Ley 872 de 2003 se creó el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva y en otros entes. La cual determina las generalidades y los requisitos mínimos para establecer, documentar, implementar y mantener un Sistema de Gestión de la Calidad en los organismos, entidades y agentes obligados conforme al artículo 2° de la Ley 872 de 2003.

Posteriormente con el Decreto 4110 del 9 de Diciembre de 2004, se reglamentó la Ley 872 del 2003 y se adoptó la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública; Norma Técnica Colombiana de la Gestión Pública, NTCGP 1000: 2004, la 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.

En el 2009 el Gobierno Nacional realiza una actualización de la Norma Técnica de Gestión de Calidad por medio el Decreto 4485 DE 2009, con la finalidad de guardar concordancia con las técnicas internacionales existentes sobre la materia, específicamente con la Norma Internacional ISO 9001 y se crea la Norma Técnica Colombiana de la Gestión Pública, NTCGP 1000: 2009. Norma que se articula con el sistema de control interno.

La reglamentación e implementación de los sistemas de gestión y control interno en las entidades de orden público en Colombia han surgido como un proceso gradual, que ha estado sometido a cambios y actualizaciones, atendiendo a la dinámica de la globalización y los cambios que han traído consigo las alianzas y convenios con organizaciones de desarrollo económico a nivel mundial que han exigido la

estandarización de los procesos y la transparencia en las organizaciones. Por tan motivo a continuación se presenta un cuadro resumen de la evolución y adopción de normas elaborado por Hernández, Hernández, De los Ángeles, & Cárdenas.

**Cuadro 1. Evolución de la normatividad en materia de gestión pública y control interno.**

<b>Normatividad</b>	<b>Año</b>	<b>Función</b>
<b>Carta Magna</b>	1991	Asigna funciones a los directivos de los entes públicos, conforme a sus condiciones y funciones, trazar y aplicar, métodos y procedimientos de control interno, conforme a la ley.
<b>La Ley 489 1998</b>	1998	Trata de la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, dando atribuciones para suprimir, fusionar, modificar dependencias de acuerdo a la ley. Refiere
<b>Ley 872, 2003</b>	2003	Crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva y en otros entes.
<b>Ley 87, 1993</b>	1993	Establece normas para ejercer el control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.
<b>Decreto 4110, 2004</b>	2004	Reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
<b>Decreto 1599, 2005</b>	2005	Adopción del Modelo estándar de control Interno MECI para el estado Colombiano
<b>NTCGP 1000/2009</b>	2009	Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
<b>ISO 9000:2005</b>	2005	Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) - Fundamentos y vocabulario.
<b>ISO 9001: 2008</b>	2008	Requisitos del Sistema de Gestión de Calidad.
<b>ISO 9001: 2015</b>	2015	Requisitos del Sistema de Gestión de Calidad.
<b>PND 2014 - 2018</b>	2014	Proporciona el direccionamiento estratégico de las políticas públicas prescritas por el Presidente pasando su dispositivo de Gobierno. Además ordenó la fusión del Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de Calidad en un nuevo Sistema de Gestión, el cual se debe articular con el Sistema de Control Interno, para lo cual, se actualiza el MIPG.
<b>MIPG 2017 Decreto 1499 de 2017</b>	2017	El decreto 1499 de 2017 obliga a los entes territoriales del Estado al uso de los sistemas de gestión pública de forma integrada, se fusiona del Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de Calidad en un nuevo Sistema de Gestión MIPG

Fuente: HERNÁNDEZ ROYETT, Javier., HERNÁNDEZ, Yamid., DE LOS ÁNGELES, María., & CARDÉNAS, Elmer. *Evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en las Entidades Territoriales del Estado Colombiano*. Aglala. México: 2018.

## **5.DISEÑO METODOLOGICO**

### **5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La presente Pasantía se realizó a través de estudios aplicados, se clasifica como de tipo descriptiva, ya que se detalló, específico y particularizaron los hechos que se originan en la ejecución y gestión administrativa de LA ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, para llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción de las actividades y procesos dentro de cada una de las dimensiones evaluadas en el MIPG.

### **5.2 POBLACIÓN**

La población objeto de estudio los funcionarios de LA ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa que está conformado por 50 empleados.

### **5.3 MUESTRA**

De acuerdo al instructivo de determinación de la Muestra emitido por el DAFP el tamaño de la muestra de los servidores a encuestar, sean estos por área organizacional o de toda la entidad, con el fin de asegurar la obtención de una información representativa y consistente; teniendo en cuenta que la población objeto de estudio es equivalente a cincuenta (50) funcionarios, se toma como muestra la población total.

### **5.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Las técnicas y procedimientos para la recolección de la información se realizaron de la siguiente manera:



**INFORMACIÓN PRIMARIA:** La información se obtuvo directamente con los funcionarios; por medio de entrevistas, observación de actividades y los formatos establecidos por la ley y el DAFP para la implementación del MIPG:

**INFORMACIÓN SECUNDARIA:** Se contó con fuentes de información secundaria tales como el manual operativo MIPG, el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno “MECI, leyes, decretos y otras normas relacionadas del Departamento de la Función Pública, documentos de la gestión y administración de La ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa. Documentos de la E.S.E. y monografías.

## **5.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

El tratamiento de la información se realizó de forma manual y electrónica, por medio de procesadores de texto y hoja de cálculo, los datos obtenidos serán analizados mediante matrices y presentaron documentos en forma escrita al La ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa y la Universidad sobre la propuesta para la implementación del Sistema de control interno y el MIPG.

## **CAPITULO 2. DESARROLLO DE LA PASANTÍA**

### **6. ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA PASANTIA**

La pasantía se desarrolló en cuatro fases de acuerdo a los objetivos planteados en la propuesta de investigación, cada fase corresponde al adelanto de un objetivo específico, a continuación se describen las actividades ejecutadas en orden cronológico con sus respectivas evidencias y resultados del proceso de implementación del MIPG:

#### **6.1 Fase 1. Etapa de organización de la información para la gestión de la entidad y el talento humano.**

Se procedió a la implementación de la guía MIPG en la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón, el primero paso fue la búsqueda y lectura de la diferente normatividad para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, especialmente el Decreto 1499 de 2017, se creó y organizó un archivo con algunos de los lineamientos requeridos en el manual operativo de MIPG.

Como el MIPG consta de siete dimensiones se inicia con la primera dimensión que corresponde al Dimensión del talento humano, que tiene como propósito gestionar adecuadamente su talento humano a través del ciclo de vida del servidor público. Para ello se da cumplimiento a la primera etapa propuesta en la guía de DAFP: Disponer de información:

Se compilaron los documentos concerniente marco normativo, objetivo, misión, entorno, metas estratégicas que se encuentran dentro del marco institucional de este proyecto y los planes de la entidad. La información concerniente a la plataforma estratégica se obtuvo del documento físico denominado “Plataforma Estratégica 2017-2020 Ese Hospital Habacuc Calderón Carmen de Carupa, el cual se encuentra disponible en internet en la dirección <http://esehabacuccalderon.gov.co/wp->

[content/uploads/2017/03/PLATA\\_FORMA-ESTRATEGICA.pdf](content/uploads/2017/03/PLATA_FORMA-ESTRATEGICA.pdf). Igualmente, se revisó la información correspondiente al direccionamiento estratégico compuesta por algunos planes definidos en la Ley 152 de 1994. Proceso efectuado con el apoyo del encargado de talento humano quienes permitieron el acceso físico de la información.

Dentro de los planes definidos en Ley 152 de 1994, encontramos:

- ✓ Plan indicativo
- ✓ Pas (plan de acción en salud)
- ✓ Plan de acción de mejoramiento
- ✓ Plan de mantenimiento hospitalario
- ✓ Plan anual de auditoria
- ✓ Plan de gestión documental

Otra actividad ejecutada fue la apertura de la carpeta con la caracterización de los servidores públicos con aspectos tales como: nombre, antigüedad, nivel educativo, edad, género, tipo de vinculación y experiencia laboral. En este proceso inicialmente se diseñó el formato de la Ilustración 10 de acuerdo a los parámetros que exige la Guía de Implementación del MIPG. Seguidamente se solicitó a los funcionarios de Talento Humano de la E.S.E el préstamo de las carpetas de las hojas de vida de los empleados para extraer de allí la información requerida. Se actualizó en cada carpeta la información requerida por el DAFP. Igualmente se revisó el manual de funciones para confirmar que cada cargo tuviese especificado y cumpliera con el perfil exigido según el manual aprobado.

Con la revisión de las hojas de vida se determinó que de personal de la E.S.E. está constituida por un total de 50 Empleados distribuidos de la siguiente manera:

Empleados de planta: 15

Empleados por contratación: 35

## Ilustración 10. Caracterización de los servidores público E.S.E Hospital Habacuc Calderón

		E.S.E. HOSPITAL HABACUC CALDERÓN CARMEN DE CARUPA					
NOMBRE	CARGO	ANTIGÜEDAD	NIVEL EDUCATIVO	EDAD	GÉNERO	TIPO DE VINCULACIÓN	EXPERIENCIA LABORAL
ZOILA ROSA ROBAYO LOPEZ	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD	33 AÑOS 1/09/1985	TÉCNICO TRABAJO SOCIAL	55	F	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
WILLIAM VICTORIA BARRERO	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA DE LA SALUD	27 AÑOS 18/10/90	UNIVERSITARIO	56	M	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
							HOSPITAL SAN CARLOS-ISS
							CAB-ISS
LUZ MARINA PACHÓN MALAVER	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD	24 AÑOS 1/07/1994	UNIVERSITARIA	46	F	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
DORIS NUBIA ROJAS ORTIZ	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD	22 AÑOS 15/05/1996	TECNOLOGÍA EN GERENCIA DE FARMACIA	48	F	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
LUIS ALBERTO PACHÓN TORRES	CONDUCTOR	35 AÑOS 3/09/1982	EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA	62	M	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
WILSON HORACIO ARDILA MENDOZA	MÉDICO GENERAL	17 AÑOS 9/01/2001	UNIVERSITARIO	54	M	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
							HOSPITAL EL SALVADOR UBATÉ
							HOSPITAL SANTA ROSA DE TENJO
							CLÍNICA VASCULAR NAVARRA
							MÉDICOS ASOCIADOS
LUZ MARINA ROBAYO PINILLA	AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	29 AÑOS 1/01/1989	EDUCACIÓN BÁSICA PRIMARIA	55	F	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
NOHORA LILY GARCÍA ALARCÓN	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	29 AÑOS 21/06/1989	EDUCACIÓN MEDIA	57	F	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
							ALCALDÍA MUNICIPAL
							DULCES LA COLMENA-SUPERVISORA PERSONAL ALMACENES TIA-SUPERVISORA
MARIELA AREVALO MONTAÑO	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD	36 AÑOS 1/09/1981	EDUCACIÓN MEDIA	57	F	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
CARMEN JULIA GUZMÁN ZAMUDIO	AUXILIAR SERVICIOS GENERALES	29 AÑOS 1/03/1989	EDUCACIÓN MEDIA	52	F	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
NIXON MORENO LÓPEZ	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD	24 AÑOS 1/01/1994	TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA	48	M	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
LUIS ALFREDO NIÑO BENÍTEZ	GERENTE	2 AÑOS 27/07/2015	ESPECIALIZACIÓN	38	M	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
							UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA SEDE UBATÉ
							ESE HOSPITAL SAN JOSÉ
							ALCALDÍA MUNICIPAL
DEISSY RAQUEL CASTIBLANCO LÓPEZ	TÉCNICO ÁREA DE LA SALUD	22 AÑOS 1/06/1996	TECNÓLOGA EN SISTEMAS	45	F	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
							ALCALDÍA MUNICIPAL
JOSÉ GUSTAVO FORERO DÍAZ	CELADOR	23 AÑOS 5/04/1995	BASICA MEDIA	62	M	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
LUIS ALFONSO MONTAÑO PACHÓN	AUXILIAR ÁREA DE LA SALUD	26 AÑOS 1/02/1992	TÉCNICO	48	M	PLANTA	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
JINNY GARCIA VARÓN	ASESOR JURÍDICO	10 AÑOS 1/01/2008	UNIVERSITARIO	55	M	CONTRATACIÓN	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
							ESE POLICLÍNICO DE JUNÍN
							ESE HOSPITAL SAN ANTONIO DE SESQUILÉ
ÁNGELA MILENA ALONSO GÓMEZ	ASESOR DE CALIDAD	3 AÑOS 1/09/2015	UNIVERSITARIO	39	F	CONTRATACIÓN	ESE HOSPITAL HABACUC CALDERON
							JBMR E HIJO S EN C
							TECHNOLOGY TRATEGY AND CONSULTING S.A.S.
							ALIANZA PARA EL ROGRESO S.A.S.
							ALLCHEM CIA LTDA.
							CORRIENTE CREATIVA S.A.S.

Fuente: Diseño propio.

## 6.2 Fase 2. Realización de los autodiagnósticos de las dimensiones operativas del MIPG para analizar la realidad y los ajustes requeridos para iniciar el proceso de implementación del modelo en la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón.

Teniendo en cuenta que la E.S.E venía trabajando en la implementación de los anteriores modelos de gestión pública: el Sistema de Gestión de Calidad, el Sistema de control Interno y el Sistema de Desarrollo Administrativo se aplican los instrumentos de autodiagnósticos proporcionados por el DAFP, para revisar y analizar la situación real en ese entonces, los avances y los ajustes necesarios para iniciar la etapa de implementación del MIPG. Se realizó los autodiagnósticos por dimensión y se aplicó los cuestionarios administrados por el DAFP que se resumen en la siguiente ilustración:

### Ilustración 11. Cuestionarios dimensiones operativas MIPG

Dimensión del Modelo	Cuestionarios
1. Talento humano	1.1 Gestión del Talento Humano 1.2 Integridad
2. Direccionamiento estratégico y planeación	2.1 Direccionamiento y Planeación 2.2 Plan Anticorrupción
3. Gestión con valores para el resultado	3.1 Gestión Presupuestal 3.2 Gobierno Digital (antes Gobierno en línea) 3.3 Defensa Jurídica 3.4 Servicio al Ciudadano 3.5 Trámites 3.6 Participación Ciudadana 3.7 Rendición de Cuentas
4. Evaluación de Resultados	4. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional
5. Información y comunicación	5.1 Gestión Documental 5.2 Transparencia y Acceso a la Información
6. Gestión del Conocimiento	NA
7. Control interno	7. Control Interno

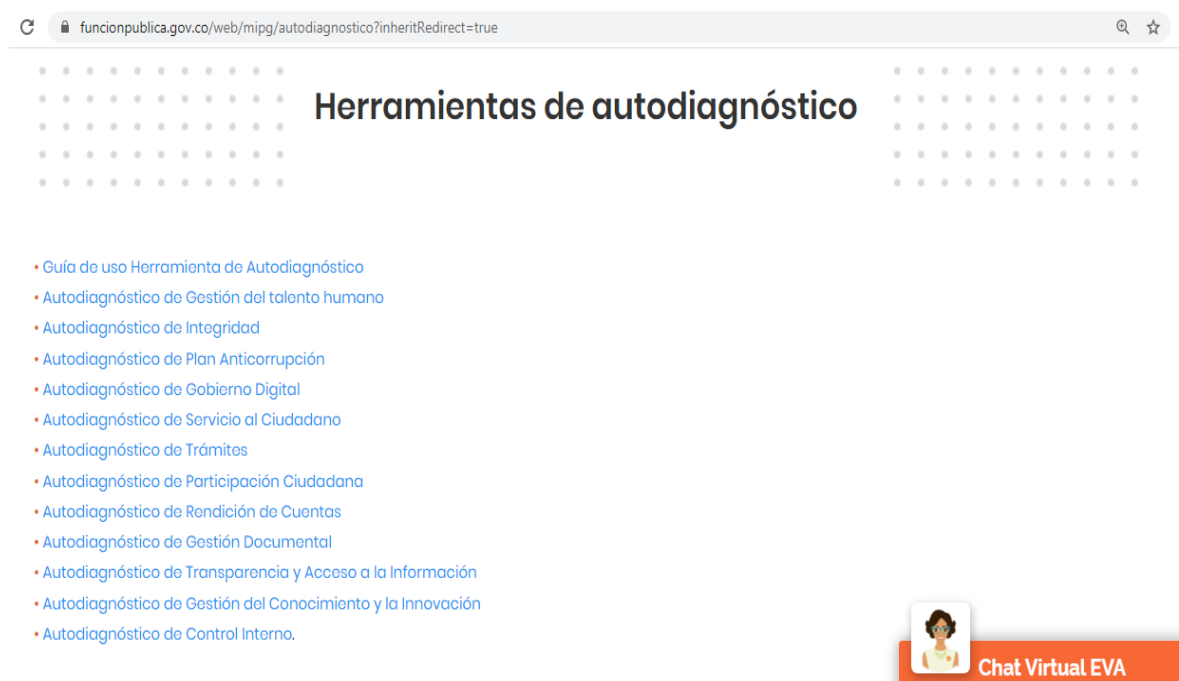
Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para el uso de la Herramienta de Autodiagnóstico de las Dimensiones Operativas. Bogotá: 2017. P.6.

Los autodiagnósticos se diligenciaron con la ayuda de los funcionarios del área administrativa, entre ellos: encargada de la gestión del talento humano: Doctora Angela, Doctor Alonso asesor de calidad, Fabricio Rocha Director de Planeación,

Doctor Deibi Santana Contador público, entre otros. La metodología para la aplicación de cada autodiagnóstico fue la siguiente:

Se accedió a la página de DAFP al link <https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/autodiagnostico>, allí se encuentran los formatos de los autodiagnósticos en formato Excel y se descargaron, como se puede observar en la ilustración 12:

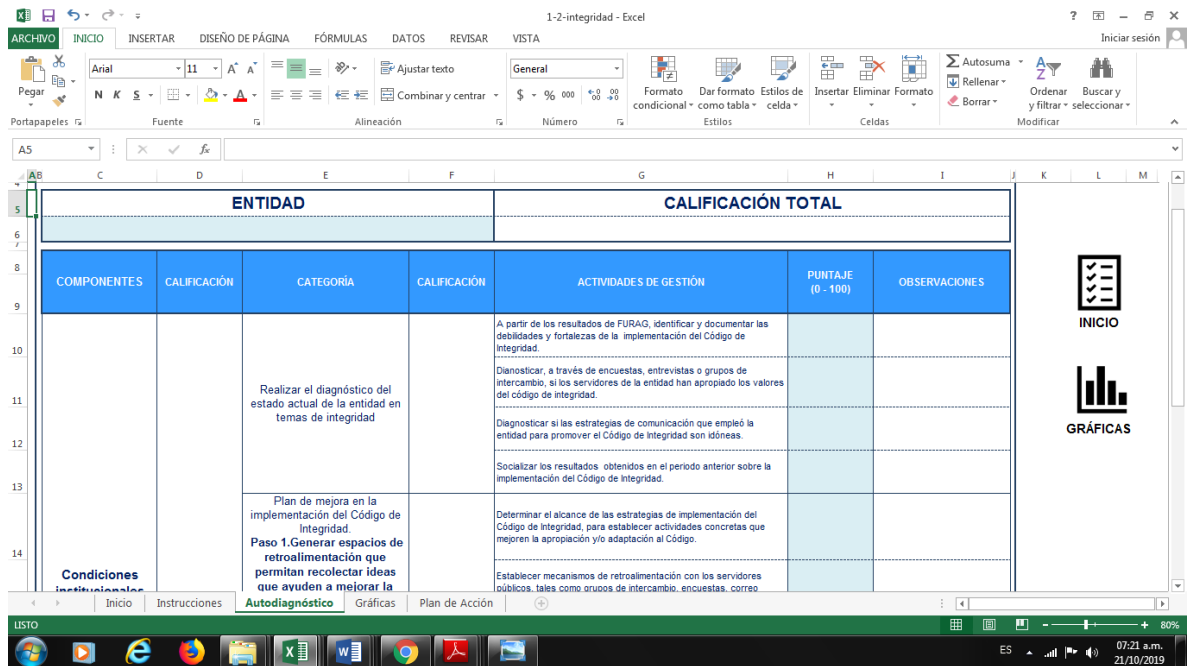
**Ilustración 12. Pantallazo página del DAFP donde se descargar los formatos de autodiagnóstico**



Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Herramientas de autodiagnóstico. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/autodiagnostico>.

Luego se determinó el componente a autoevaluarse, se despliega el hipervínculo autodiagnóstico encontrando el siguiente formato:

### Ilustración 13. Formato herramienta de autodiagnóstico



Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Herramientas de autodiagnóstico. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/autodiagnostico>.

Se procedió a leer las instrucciones de diligenciamiento. Allí se encontró la información básica para poder diligenciar el archivo. Luego los funcionarios de manera objetiva escribieron en la casilla sombreada de color azul, el puntaje de avance que consideraban se había adelantado frente a la acción o política exigida por el Gobierno Nacional y la casilla de observaciones si fuese necesario. Lo anterior con el propósito principal de identificar las oportunidades de mejora.

Al ingresar cada puntaje, la columna automáticamente mostraba el color correspondiente dentro de una escala definida. Así mismo, la calificación de las categorías, de los componentes y la calificación total. Una vez terminado de calificar todas las actividades descritas, el programa generaba de manera gráfica los principales resultados. Donde se podía apreciar la calificación total por política, la calificación para cada uno de los componentes y calificación de las categorías.

El orden de aplicación de los autodiagnósticos fue el siguiente:

**Dimensión 1.Talento Humano:** se inicia esta fase con la realización del autodiagnóstico de la gestión Talento Humano apoyándose en la herramienta <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/index.html>, como se puede apreciar en la ilustración 14, al ingresar a link autodiagnóstico se apreciaba las siguientes columnas:

-Componentes: se refiere a los 4 grandes temas que componen la política de talento humano: Planeación, Ingreso, Desarrollo y Retiro.

-Calificación: muestra la calificación para cada uno de los subcomponentes. Se calcula automáticamente.

-Categoría: agrupaciones de temas claves de acuerdo con cada uno de los subcomponentes establecidos.

-Calificación: muestra la calificación para cada una de las categorías. Se calcula automáticamente.

-Actividades de Gestión: actividades puntuales que están enmarcadas dentro de la Gestión del Talento Humano

-Puntaje: es la casilla donde la entidad se autocalificará de acuerdo con los criterios establecidos, en una escala de 0 a 100

-Observaciones: en este espacio, podrá hacer las anotaciones o comentarios que considere pertinente.

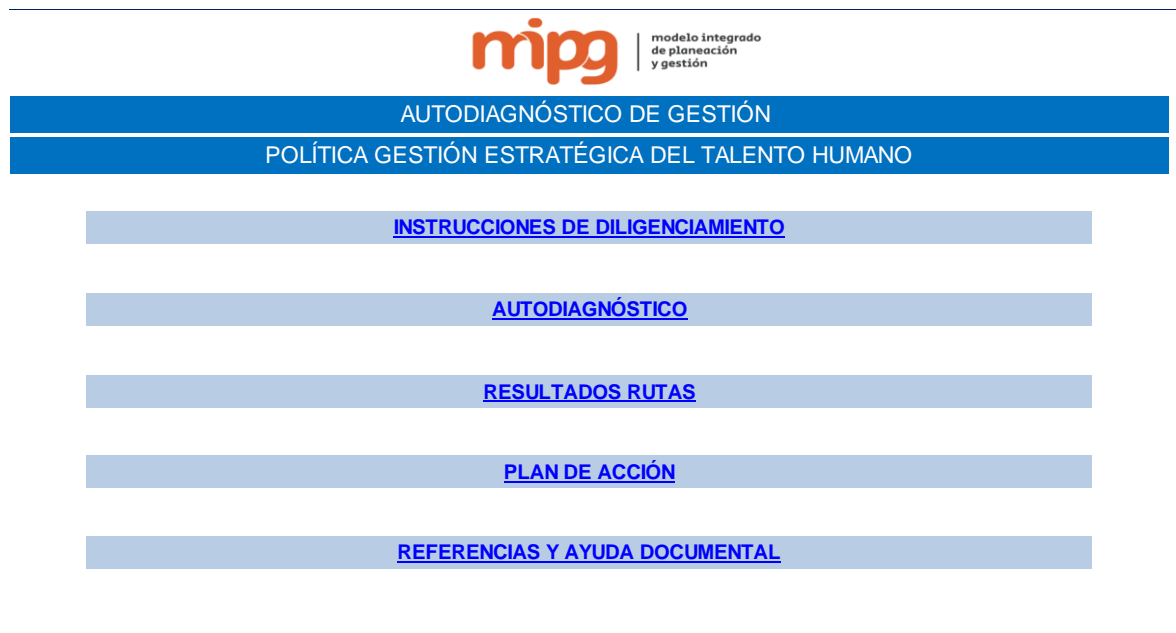
La herramienta también genera automáticamente en una hoja las gráficas de los resultados donde se puede visualizar de una manera más clara y sencilla los resultados obtenidos. A la vez, en otra hoja se puede encontrar las referencias o sustentos normativos de cada componente que servirá de guía posteriormente para la generación de planes de acción y/o mejoramiento.

Después de diligenciar esta herramienta la entidad obtuvo unos resultados entre 91 a 97 puntos en las distintas rutas como se puede apreciar en el cuadro 2, puntuación



que se encuentra dentro del rango o grado de nivel de madurez de “consolidación” lo que indica que la ESE tiene un nivel óptimo en cuanto a la implementación de la política de GETH, y cuenta con buenas prácticas, se destaca el puntaje de la ruta del servicio lo que redundará en el interés y buena atención al ciudadano. En el anexo 1., se puede apreciar el autodiagnóstico completo de esta dimensión.

**Ilustración 14. Pantallazo herramienta Autodiagnóstico política gestión estratégica del talento humano**



Fuente: <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/index.html>.

**Cuadro 2. Resultado ruta Talento humano**

 <b>modelo integrado de planeación y gestión</b>			
RESULTADOS GESTIÓN ESTRATÉGICA DE TALENTO HUMANO			
RUTAS DE CREACIÓN DE VALOR			
<b>RUTA DE LA FELICIDAD</b>  La felicidad nos hace productivos	<b>95</b>	- Ruta para mejorar el entorno físico del trabajo para que todos se sientan a gusto en su puesto	<b>99</b>
		- Ruta para facilitar que las personas tengan el tiempo suficiente para tener una vida equilibrada: trabajo, ocio, familia, estudio	<b>89</b>
		- Ruta para implementar incentivos basados en salario emocional	<b>93</b>
		- Ruta para generar innovación con pasión	<b>98</b>
<b>RUTA DEL CRECIMIENTO</b>  Liderando talento	<b>94</b>	- Ruta para implementar una cultura del liderazgo, el trabajo en equipo y el reconocimiento	<b>92</b>
		- Ruta para implementar una cultura de liderazgo preocupado por el bienestar del talento a pesar de que está orientado al logro	<b>93</b>
		- Ruta para implementar un liderazgo basado en valores	<b>96</b>
		- Ruta de formación para capacitar servidores que saben lo que hacen	<b>95</b>
<b>RUTA DEL SERVICIO</b>  Al servicio de los ciudadanos	<b>97</b>	- Ruta para implementar una cultura basada en el servicio	<b>96</b>
		- Ruta para implementar una cultura basada en el logro y la generación de bienestar	<b>98</b>
<b>RUTA DE LA CALIDAD</b>  La cultura de hacer las cosas bien	<b>94</b>	- Ruta para generar rutinas de trabajo basadas en "hacer siempre las cosas bien"	<b>94</b>
		- Ruta para generar una cultura de la calidad y la integridad	<b>94</b>
<b>RUTA DEL ANÁLISIS DE DATOS</b>  Conociendo el talento	<b>91</b>	- Ruta para entender a las personas a través del uso de los datos	<b>91</b>

Fuente: Resultado tomado de la aplicación de la herramienta de autodiagnóstico del DAFP dimensión Talento Humano E.S.E. Hospital.

Seguidamente se procedió al diligenciamiento de cada cuestionario por dimensión, en el siguiente orden:

**Dimensión 2: Direccionamiento Estratégico y Planeación:** Los cuestionarios que se realizaron dentro de esta dimensión fueron: direccionamiento y planeación, y plan anticorrupción. (Véase anexo 2)

Los cuestionarios de autodiagnóstico estaban conformado por las siguientes columnas:

- Componentes: son los grandes temas que enmarcan la política objeto de medición.
  
- Calificación: puntaje automático obtenido como resultado de la autocalificación que haga en el avance de la política.
  
- Categoría: corresponde a las acciones que la entidad debe contemplar para el avance de la respectiva política.
  
- Calificación: puntaje automático obtenido como resultado de la autocalificación que haga en el avance de la política.
  
- Actividades de Gestión: son las actividades puntuales que la entidad debe estar implementando para considerar el avance en la implementación de la política.
  
- Puntaje: es la casilla donde la entidad se autocalificará de acuerdo con las actividades descritas, en una escala de 0 a 100.
  
- Observaciones: en este espacio, podrá hacer las anotaciones o comentarios que considere pertinentes.

En el desarrollo de estos cuestionarios de autodiagnóstico se revisó las preguntas orientadoras de las actividades de gestión, junto con los distintos soportes e informes de gestión, desempeño y cumplimiento de planes en vigencias anteriores,

resultados de la evaluación de indicadores y de riesgos, autoevaluación, auditorías internas y externas, resultados de las estrategias de rendición de cuentas y de la consulta, diagnóstico o planeación participativa realizada, ejecuciones presupuestales, el plan anticorrupción, entre otras evidencias, que sugiere el DAFP.

Además, como complemento se revisó los siguientes planes, los cuales reposan en el archivo físico y electrónico de la institución, un ejemplo de esto se observa en la ilustración 15, pantallazo de la página institucional donde se pueden encontrar dichos planes:

- ✓ Plan Institucional de Archivos- PINAR, es una herramienta que coordina el proceso de gestión documental.
- ✓ Plan Anual de adquisiciones- PAA, su función es hacer seguimiento a la planeación y su ejecución, teniendo en cuenta los cambios existentes a lo largo del año.
- ✓ Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, se debe hacer la implementación de las acciones de participación ciudadana en la gestión pública, además del uso de la estrategia para la construcción del plan anticorrupción, la gestión de riesgo de corrupción, rendición de cuentas, la metodología para la transparencia y acceso a la información, racionalización de trámites y mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.
- ✓ Planes de incentivos institucionales, el objetivo es motivar el desempeño y compromiso de los empleados, por medio de proyectos y programas de bienestar social.
- ✓ Plan de Previsión de Recursos Humanos, su propósito es determinar la disponibilidad del personal para desempeñar cada puesto de trabajo.
- ✓ Plan Institucional de Capacitación-PIC, su objetivo es contribuir con el fortalecimiento de las competencias laborales.
- ✓ Plan Estratégico de Talento Humano, está enmarcado en los principios organizacionales, enlazado con el plan de recursos humanos.

- ✓ Plan Anual de Vacantes, es un documento soporte para la Comisión Nacional del Servicio Civil, que sirve para informar la cantidad de vacantes en las entidades públicas.
- ✓ Plan de Seguridad Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, es una herramienta de gestión que busca el mejoramiento de la calidad de vida laboral en las entidades.

**Ilustración 15. Pantallazo página web de la ESE donde se pueden encontrar los planes exigidos por Ley.**

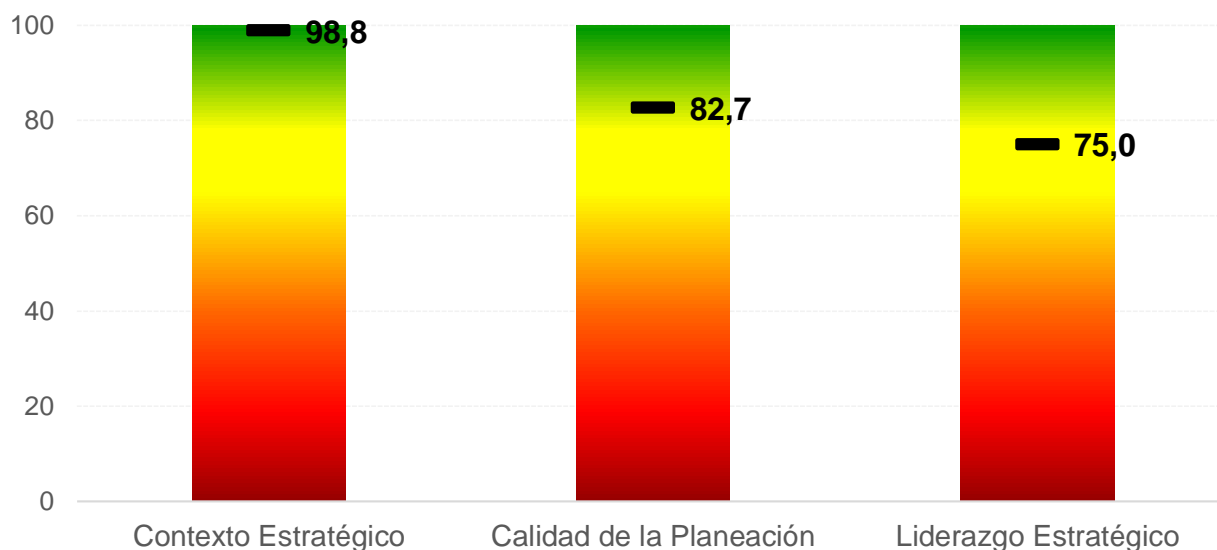


Fuente: E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN. Contenido. Recuperado de <http://esehabacuc.calderon.gov.co>. 2013.

Algunos de los resultados de esta dimensión de acuerdo al anexo 2 se puede observar en la gráfica 1 que representa las calificaciones obtenidas por cada uno de los componentes que integran la política, la cual muestra el nivel y el porcentaje

de avance de éstos. El componente liderazgo estratégico es el que tenía una puntuación menor con un valor del 75% que se tuvo en cuenta posteriormente para la elaboración del plan de acción.

**Gráfico 1. Componentes Dimensión 2 del MIPG**



Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Herramientas de autodiagnóstico. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/autodiagnostico>.

**Dimensión 3: Gestión con Valores para el Resultado:** Esta dimensión contiene varios cuestionarios en los cuales toma como referente la administración interna de la entidad como los ciudadanos en general, los cuales se exponen en el anexo 3.

En los cuestionarios se encuentran, la gestión presupuestal, la cual evalúa la manera de como se está ejecutando el presupuesto; gobierno digital (antes gobierno en línea), el uso de la tecnología y las herramientas que se utilizan para la mejor prestación de los servicios y garantía en la seguridad de la información, además de la definición de recursos tecnológicos a utilizar para un mayor cubrimiento

institucional; defensa jurídica, como la entidad protege sus intereses litigiosos y de qué manera cumplen con las actividades legales; servicio al ciudadano, referente a la satisfacción del ciudadano, orientado a la evaluación de necesidades y problemáticas presentes; Trámites, verificar los mecanismos por los cuales se racionalizan los trámites e incluir una política en la que lo fundamental es facilitar el acceso a la entidad reduciendo costos, tiempo, entre otros; Participación ciudadana, construcción de estrategias las cuales incluyan a la ciudadanía en la gestión pública; por último la rendición de cuentas, busca definir la metodología para el desarrollo de las actividades de rendición de cuentas.

Esta dimensión se encuentra dividida en las siguientes políticas:

Gestión presupuestal:

- Programación presupuestal
- Anteproyecto de presupuesto
- Ejecución Presupuestal
- Ejercicio contractual
- Ejercicio contable

Gobierno digital

- TIC para gobierno abierto
- TIC para servicios
- TIC para la gestión
- Seguridad y privacidad de la información

Defensa Jurídica

- Actuaciones Prejudiciales
- Defensa judicial
- Cumplimiento de sentencias y conciliaciones
- Acción de repetición y recuperación de bienes públicos
- Prevención del daño antijurídico
- Sistema de información Litigiosa

Servicio al Ciudadano

- Caracterización usuarios y medición de percepción
- Formalidad de la dependencia o área
- Procesos
- Atención incluyente y accesibilidad
- Sistemas de información
- Publicación de información
- Canales de atención
- Protección de datos personales
- Gestión de PQRSD
- Gestión del talento humano
- Control
- Buenas Prácticas

#### Trámites

- Portafolio de oferta institucional (trámites y otros procedimientos administrativos) identificado y difundido.

##### Categorías

- ✓ Construir el inventario de trámites y otros procedimientos administrativos
- ✓ Registrar y actualizar trámites y otros procedimientos administrativos en el SUI.
- ✓ Difundir información de oferta institucional de trámites y otros
- Priorización participativa de trámites a racionalizar.

##### Categorías

- ✓ Identificar trámites de alto impacto y priorizar

- Estrategia de racionalización de trámites formulada e implementada

##### Categorías

- ✓ Formular la estrategia de racionalización de trámites
- ✓ Implementar acciones de racionalización normativas
- ✓ Implementar acciones de racionalización administrativas



- ✓ Implementar acciones de racionalización que incorpore el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones
- Resultados de la racionalización cuantificados y difundidos

#### Categorías

- ✓ Cuantificar el impacto de las acciones de racionalización para divulgarlos a la ciudadanía
- ✓ Realizar campañas de apropiación de las mejoras internas y externas.

En esta dimensión con componente con menor puntuación, un 44,9% fue la gestión del gobierno en línea, el cual requería de mayor atención; el componente de gestión presupuestal obtuvo un puntaje mayor del 87,8 %.

**Dimensión 4: Evaluación de Resultados:** se refiere al seguimiento a la gestión institucional y propiamente a la evaluación de los resultados obtenidos, así mismo valorar si cada avance de la gestión se encuentra documentada, o si necesita de actualizaciones e implementaciones nuevas. (Véase anexo 4)

Esta dimensión propone una política denominada seguimiento y evaluación del desempeño institucional, compuesta por:

- Diseño del proceso de evaluación
- Calidad de la evaluación
- Utilidad de la información
- Efectividad de la evaluación

Las actividades de gestión se encuentran enfocadas en considerar cada área de proceso y asignar una responsabilidad en donde se documenten resultados eficaces y se haga un buen uso de los recursos con los que cuenta la entidad.

El puntaje general de la dimensión fue del 85,2% como se observa en la ilustración 16 de la herramienta de diagnóstico, que se considera en un nivel de consolidación, sin embargo es necesario prestar atención a algunas actividades de gestión, principalmente a la consolidación, organización y en lo posible sistematizar la información proveniente del seguimiento y evaluación ya que en este ítems la puntuación fue del 10%.

**Ilustración 16. Autodiagnóstico Política de seguimiento y evaluación del desempeño Institucional**

AUTODIAGNÓSTICO POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL						
ENTIDAD				CALIFICACIÓN TOTAL		
				85,2		
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍAS	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	85,2	Diseño del proceso de evaluación	95,8	Asignar en un área o servidor la responsabilidad de liderar el proceso de seguimiento y evaluación en la entidad (áreas de planeación)	100	
				Considerar la evaluación como una práctica permanente en la gestión de la entidad	100	
				Considerar la evaluación como un proceso encaminado a promover la buena gestión y mejorar el desempeño institucional	100	
				Lograr integralidad y sinergia entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la entidad	100	
				Identificar variables que describen los diferentes aspectos que se quieren medir o evaluar	75	DAFP
				Diseñar métodos cuantitativos y cualitativos de seguimiento y evaluación de la gestión y el desempeño institucional (indicadores)	100	

Continuación Ilustración 16. Autodiagnóstico Política de seguimiento y evaluación del desempeño Institucional

<b>Seguimiento y evaluación del desempeño institucional</b>		<b>Calidad de la evaluación</b>	<b>68,8</b>	Verificar que los indicadores diseñados sean comprensibles para todo tipo de usuarios, describan las situaciones que se pretenden medir, sean estimados periódicamente, puedan ser consultados de manera oportuna, cuenten con línea base para su medición, sean insumos para la toma de decisiones y sean revisados y mejorados continuamente	70	
				Utilizar o aplicar los indicadores para hacer seguimiento y evaluación de su gestión	80	
				Identificar, a partir del uso o aplicación de los indicadores, los avances alcanzados en torno a los objetivos y resultados	60	
				Consolidar, organizar y en lo posible sistematizar la información proveniente del seguimiento y evaluación	10	
				Documentar la información proveniente del seguimiento y evaluación (informes, reportes, tableros de control, entre otros)	90	
				Desarrollar ejercicios de autoevaluación, por parte de los líderes, a planes, programas y proyectos	80	
				Realizar ejercicios de evaluación independiente (auditorías internas)	80	
				Validar la información generada en los procesos de evaluación para garantizar que sea confiable, comprensible y útil para la toma de decisiones	80	

Continuación Ilustración 16. Autodiagnóstico Política de seguimiento y evaluación del desempeño Institucional

				Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para formular o reformular planes, programas o proyectos	80	
				Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para identificar la relación entre la ejecución presupuestal y la obtención de resultados	90	
				Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para mejorar los resultados de la ejecución presupuestal	90	
				Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para aportar al proceso de aprendizaje organizacional	90	
				Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para identificar los aspectos donde se puede mejorar	90	
				Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para definir o redefinir cursos de acción, trayectorias de implementación y objetivos, metas y resultados.	90	
				Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para rendir cuentas a la ciudadanía y a los organismos de control	100	
				Difundir o comunicar interna y externamente la información proveniente del seguimiento y la evaluación	80	
				Identificar si las necesidades o problemas de la ciudadanía (grupos de valor) estuvieron adecuadamente diagnosticados	90	
				Identificar si el planteamiento de objetivos y de resultados apunta a resolver los problemas de la ciudadanía (grupos de valor)	90	
		<b>Utilidad de la información</b>	<b>89,0</b>			

Continuación Ilustración 16. Autodiagnóstico Política de seguimiento y evaluación del desempeño Institucional

				Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de identificar las brechas entre los resultados alcanzados y los objetivos planteados	90	
				Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de hacer una revisión de los objetivos y de las acciones que se establecieron para alcanzarlos	90	
				Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de tener evidencias para próximos ejercicios de planeación	90	
		<b>Efectividad de la evaluación</b>	<b>90,0</b>	Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de fortalecer la capacidad para aprender sobre sus propios procesos, fortalecer los aciertos y replantear lo que no funciona	90	
				Valorar la calidad del gasto público	90	
				Determinar la coherencia entre los procesos de gestión, la ejecución presupuestal y los resultados logrados alcanzados	90	

Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Herramientas de autodiagnóstico. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/autodiagnostico>.

**Dimensión 5: Información y Comunicación:** Esta dimensión está compuesta por dos componentes: política de gestión documental y la política de transparencia y acceso a la información, evalúan los canales de información con que cuenta la entidad las leyes que cobijan y la información que debe estar dispuesta a la ciudadanía y aquella que se encuentra protegida. Exponer los canales de comunicación a los que agentes internos y externos, pueden acceder para la mejora de la comunicación y así mismo la creación e una política documental que introduzca mejoras en la administración de los archivos.

Se aplicaron los respectivos autodiagnósticos (véase anexo 5) encontrando que los dos componentes tiene como puntuaciones generales de 45,2% y 61,1% y en varias de sus categorías y actividades de gestión las puntuaciones son bajas, especialmente en la categoría tecnológico donde tanto la categoría como las actividades de gestión tuvieron una calificación del 10%, por lo tanto es una de las dimensiones donde se debe crear planes de acción y prestar mayor atención.

**Dimensión 6: Gestión del Conocimiento y la Innovación:** Se tiene en cuenta los procesos, la tecnología y el talento humano con el que cuenta la entidad, si las personas que laboran dentro de la entidad son idóneas para desempeñar el cargo que se le asigna, las capacidades físicas e intelectuales que se demuestran en pro del desarrollo institucional. En este componente para el año 2017 no era necesario, ni se contaba con algún cuestionario de autodiagnóstico, por lo tanto no se realizó autodiagnóstico.

**Dimensión 7. Control interno:** Se aplicó el respectivo autodiagnóstico (véase anexo 6) que se analiza en la fase 4 de este trabajo.

A continuación se presentan algunas evidencias fotográficas del trabajo conjunto que efectuó entre la pasante y los funcionarios responsables de la implementación del MIPG y la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI, en ellas se indica a los funcionarios cómo funciona cada herramienta y el aplicativo que proporciona el DAFP e igualmente se revisa los documentos y acciones requeridas en cada uno de los autodiagnósticos, en resumen se analiza el desempeño y gestión de la entidad en el periodo evaluado:

**Fotografía 1. Socialización del aplicativo MIPG con el Abogado de la Institución.**



**Fotografía 2. Revisión de la Documentación con Contador Público.**



### 6.3 Fase 3. Realización de los planes de acción para dar inicio al proceso de implementación cada una de las dimensiones de la ley 1499 de 2017, Sistema de Gestión MIPG.

Se inicia la creación de los planes de acción de las 16 políticas, de acuerdo a las normatividad vigente: Ley 152 de 1994, y en el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, Ley 1757 de 2015, entre otras. Se priorizó los aspectos con puntajes más bajos, para determinan las alternativas de mejora y el tiempo estimado para su cumplimiento. Estos planes se elaboraron de acuerdo a un formato asociado a la Matriz, denominado plan de acción (ilustración 17), suministrado por el DAFP en el que se describen los pasos a seguir con base en los resultados del diagnóstico. La metodología para la elaboración de estos fue la siguiente:

**Ilustración 17. Formato Plan de acción suministrado por el DAFP.**

PLAN DE ACCIÓN CÓDIGO DE INTEGRIDAD									
COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	GUÍAS Y NORMAS TÉCNICAS	BUENAS PRÁCTICAS E INNOVACIÓN	NORMATIVIDAD	DISÉNE ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS
Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del Código de Integridad	Realizar el diagnóstico del estado actual de la entidad en temas de integridad	A partir de los resultados de FURAG, identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la implementación del Código de Integridad.	0	Código de Integridad	uri del código de integridad en eia	Decreto y/o resolución Código de Integridad - Decreto del MIPG 42			
		Diagnosticar, a través de encuestas, entrevistas o grupos de intercambio, si los servidores de la entidad han apropiado los valores del código de integridad.	0	Código de Integridad	uri del código de integridad en eia	Decreto y/o resolución Código de Integridad - Decreto del MIPG 42			
		Diagnosticar si las estrategias de comunicación que empleó la entidad para promover el Código de Integridad son idóneas.	0	Código de Integridad	uri del código de integridad en eia	Decreto y/o resolución Código de Integridad - Decreto del MIPG 42			
		Socializar los resultados obtenidos en el periodo anterior sobre la implementación del Código de Integridad.	0	Código de Integridad	uri del código de integridad en eia	Decreto Código de Integridad			

Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Herramientas de autodiagnóstico. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/autodiagnostico>.



Para el diligenciamiento de cada formato de plan de acción se siguieron las recomendaciones del DAFP las cuales son:

El cuadro está dividido en 2 secciones:

1. Documentación y guías de referencia (color gris): contiene toda la información y documentos de consulta que pueden ser útiles y deben ser de conocimiento

- Guías normas y técnicas
- Buenas prácticas e innovación
- Normatividad
- Otros

2. Planeación y Ruta de acción (color naranja): la idea es generar un plan de acción con base en el diagnóstico realizado. Los elementos mínimos que se proponen para ello, son:

- Diseñar alternativas de mejora
- Definir las mejoras a implementar, incluyendo el plazo y los responsables de la implementación
- Evaluar la eficacia de las acciones implementadas y volver a diligenciar el autodiagnóstico

Aunque el cuadro puede ser diligenciado en su totalidad, se recomienda iniciar y darle prioridad a aquellas actividades que obtuvieron menores puntajes y que se encuentran en color rojo, naranja y amarillo<sup>48</sup>.

En esta sección se diligenciaron los cuadros que menor puntaje obtuvieron para hacer sugerencia de las actividades que se deben realizar para la mejora de los

---

<sup>48</sup> Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA GESTIÓN PÚBLICA. Guía para el uso de la Herramienta de Autodiagnóstico de las Dimensiones Operativas. 2017. 10p.

Lineamientos evaluados. Posteriormente se procedió a establecer la planeación o ruta de acción de cada política de gestión utilizando el cuadro planeación y ruta de acción, ilustración 18. En el anexo 7 se exponen todos los Planes de acción proyectados.

**Ilustración 18. Ejemplo elaboración plan de acción.**

PLAN DE ACCIÓN POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL						
COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS
Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Calidad de la evaluación	Verificar que los indicadores diseñados sean comprensibles para todo tipo de usuarios, describan las situaciones que se pretenden medir, sean estimados periódicamente, puedan ser consultados de manera oportuna, cuenten con línea base para su medición, sean insumos para la toma de decisiones y sean revisados y mejorados continuamente	70	Realizar una revisión periódica a los indicadores diseñados, para que sean evaluados y si es necesario mejorarlos para que sean comprensibles a los usuarios.		
		Utilizar o aplicar los indicadores para hacer seguimiento y evaluación de su gestión	80	Utilizar los indicadores periódicamente para evaluar su gestión.		
		Identificar, a partir del uso o aplicación de los indicadores, los avances alcanzados en torno a los objetivos y resultados	60	Por medio de los resultados de la aplicación de los indicadores, analizar el cumplimiento de los objetivos trazados; evaluando si se está cumpliendo o no.		
		Consolidar, organizar y en lo posible sistematizar la información proveniente del seguimiento y evaluación	10	Consolidar la información de seguimiento y evaluación de los indicadores en medio magnético o en documentos físicos.		
		Documentar la información proveniente del seguimiento y evaluación (informes, reportes, tableros de control, entre otros)	90			
		Desarrollar ejercicios de autoevaluación, por parte de los líderes, a planes, programas y proyectos	80	Por medio de encuestas u otros ejercicios por parte de los líderes autoevaluar los programas y proyectos ejecutados.		
		Realizar ejercicios de evaluación independiente (auditorías internas)	80	Realizar auditorías internas a la información, para evaluar el cumplimiento del desempeño institucional.		
		Validar la información generada en los procesos de		Validar la información de modo que:		

Fuente: COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Herramientas de autodiagnóstico. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/autodiagnostico>

#### **6.4 Fase 4. Contribuir al proceso de actualización del Sistema de Control Interno (MECI) de acuerdo al Documento Marco General de MIPG.**

Se inicia con la actualización del Modelo Estándar de Control Interno el cual se encuentra dentro de la última dimensión de MIPG- Control Interno de acuerdo al marco general del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en el cuál se revisan los aspectos mínimos de implementación y el plan de acción propuesto a cada uno de los cinco componentes. Se da inicio a la comparación de la ley 943 de 2014 (MECI) con la ley 1499 de 2017 (MIPG) en el capítulo de control interno para articular el ya existente MECI actualizado 2014 de la ley 943 con el MECI actualizado del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, en el cual se realiza el plan de acción, que contiene, componente, subcomponente, aspectos mínimos de la implementación, el plan de acción propuesto, el producto, el subdirector responsable, y el enlace de calidad responsable.

Este trabajo se realizó con ayuda de los funcionarios encargados del control interno como se observa en la fotografía 3, allí la Doctora compara la evidencia física para las auditorias, junto con las evidencias digitales y/o electrónicas.

#### **Fotografía 3. Elaboración auditoria dimensión Participación ciudadana, seguimiento y evaluación de desempeño institucional**



Fuente: Autor.

El plan de acción para la articulación del MECI y el MIPG se presenta a continuación:

**Cuadro 3. Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG**

A1 : COMPONENTE								
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
2			La entidad demuestre el compromiso con la integridad (valores) y principio del servicio público.	1. De acuerdo a los nuevos lineamientos del decreto 1499 de 2017, el Código de ética será modificado adoptando su denominación de "Código de Integridad", así mismo los 5 valores (Honestidad, respeto, compromiso, diligencia, justicia) y los dos principio (Integridad y Legalidad) definidos en dicho Decreto. A su vez para definir el contexto propio de la Institución se aplicará las cajas de herramientas definida por el DAFP.	Código de Integridad y Código de Buen gobierno.	Jorge García (Jefe de Control Interno)	Angela Alonso (Calidad)	
3		2. Al actualizar el Código de Integridad se debe dar alcance al Código de Buen gobierno establecido como requisito normativo aplicable al sector.						
4		3. Divulgar ambos códigos a las partes interesadas.						
5		4. Dejar evidencias de dicha divulgación.						
6		Asegurar un ambiente de Control	El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno cumple las funciones de supervisión del desempeño del SCI y de determinación de las mejoras a que haya lugar	1. Revisar la resolución por la cual se estableció el Comité de Coordinación de Control Interno de tal manera que sean aplicadas en las instancias correspondientes.	1. Resolución por la cual se estableció el comité de Coordinación de Control Interno.	Jorge García (Jefe de Control Interno)	Angela Alonso (Calidad)	
7				2. Garantizar que en las actas de dicho comité se evidencie el cumplimiento de las funciones establecidas.				
8		Asegurar un ambiente de Control	La alta dirección asuma la responsabilidad y el compromiso de establecer los niveles de responsabilidad y autoridad apropiados para la consecución de los objetivos del SCI	1. Revisar la resolución por la cual se estableció el Comité de Coordinación de Control Interno de tal manera que sean aplicadas en las instancias correspondientes.	1. Resolución por la cual se estableció el comité de Coordinación de Control Interno.	Jorge García (Jefe de Control Interno)	Angela Alonso (Calidad)	
9				2. Garantizar que en las actas de dicho comité se evidencie el cumplimiento de las funciones establecidas.				

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitud de Medellín.

## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

A1		COMPONENTE						
A	B	C	D	E	F	G	H	
1	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
10			La gestión del talento humano tenga un carácter estratégico, de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad	1. Revisar la Estrategia de Talento Humano y hacer ajustes correspondientes en documentos y formatos del proceso de tal manera que se cumpla el aspecto mínimo de	1. Documentos y formatos actualizados en el SIHO.	Jorge García Subdirector Administrativo y Financiero	Angela Alonso (Calidad)	
11		2. Divulgar cambios aplicados en caso que sean necesarios y dejar evidencia de dicha						
12		3. Reportar cambios documentales a Calidad para actualizarlos en el SIHO.						
13			Se tengan definidas y asignadas en personas idóneas las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control	4. Elaborar y realizar despliegue del Plan de capacitaciones institucional.	2. Plan de capacitaciones institucional.	Jorge García Subdirector Administrativo y Financiero	Angela Alonso (Calidad)	
14		5. Revisar los perfiles y Manual de funciones y validar este aspecto mínimo de implementación.		3. Manual de funciones ajustados o verificados según aplique.				
15		6. Realizar ajustes correspondientes en caso de ser necesario y divulgarlos al personal involucrado.						
16		7. Enviar a calidad posibles modificaciones para actualizar en el SIHO.						
17		En la dimensión de Dirección Estratégico y Planeación se establecen las pautas para implementar y fortalecer el Sistema de Control Interno, como prioridad de la alta dirección. Dado que el direccionamiento estratégico define la ruta organizacional que debe seguir una entidad para lograr sus metas estratégicas, los resultados esperados y en general sus objetivos institucionales, es a partir de la misma que se diseñan los lineamientos que contribuyen a crear un ambiente favorable al	1. Recibir resultados del FURAG emitido por el DAFP donde se establece línea base para iniciar implementación del MIPG.	Actualización de documentos del proceso de Gestión Estratégica en el SIHO en caso que así lo requiera.	Fabricio Rocha (Subdirector Planeación)	Angela Alonso (Calidad)		
18			2. Realizar FOCUS GROUP con el proceso de Gestión Estratégica quien está a cargo de la Dimensión de Dirección Estratégico y Planeación.					
19			3. Establecer lineamientos claros dentro de la Plataforma estratégica que permita dar cumplimiento al tema de control y de riesgos (los riesgos deben tener alcance a todos los riesgos Institucionales comprendidos dentro de los Sistemas aplicables al MIPG.					
			4. Actualizar los documentos que sean necesarios del proceso de Gestión					

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitación de Medellín.

## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

A1 : X ✓ fx COMPONENTE								
	A	B	C	D	E	F	G	H
1	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
22	1. Ambiente de control	Fortalecer el ambiente de control a partir del desarrollo de las otras dimensiones de MIPG	A partir de la dimensión de Gestión con Valores para Resultados se asegura que la estructura organizacional, los procesos de la cadena de valor y los de apoyo, el uso de los bienes muebles e inmuebles, el suministro de servicios internos, la ejecución presupuestal y la focalización de los recursos, estén en función del cumplimiento de los propósitos de la entidad y de atender lo previsto en la planeación institucional, de forma eficiente.	1. Revisar los procesos del Mapa de procesos y validar que queden articulados con los lineamientos propuestos en el ítem anterior de acuerdo a los aspectos mínimos requeridos por el MIPG.	Validación de procesos.	Fabricio Rocha (Subdirector Planeación)	Angela Alonso (Calidad)	
23				2. Garantizar que el Plan de acción anual y el POAI del periodo vigente estén articulados con relación a Proyectos-metas y presupuesto.	Plan de acción anual aprobado para 2018 y publicado en página web.			
24				3. Realizar ajustes en caso que apliquen y formalizarlos ante el SIHO.	Seguimiento a físico y económico a Plan de acción anual 2018.			
25				4. Realizar divulgación de cambios aplicados en caso que aplique y dejar la evidencia correspondiente.				
26				1. Revisar los documentos que enmarca éste ítem (La selección, la capacitación, la evaluación del desempeño y la calidad de vida laboral) acatando lineamientos definidos por el MIPG. De tal manera que se realicen los ajustes documentales	Documento de selección actualizado en el SIHO.			Jorge García Subdirector Administrativo y Financiero
27			2. Legalizar cambios ante el SIHO.	Documento de capacitación actualizado en el SIHO.				
28			3. Divulgar cambios a todas las partes interesadas y dejar evidencia de dicha divulgación.	Documento de evaluación del desempeño actualizado en el SIHO.				
29			4. Formalizar el Plan de capacitaciones institucional y asegurar su despliegue y desarrollo.	Documento de la calidad de vida laboral actualizado en el SIHO.				
			5. Formalizar el Plan de bienestar	Plan de capacitaciones				

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitación de Medellín.

## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

D40		1. Actualizar la resolución que establece la política de administración del riesgo, de tal manera que se tengan en cuenta: estrategia, s					
A	B	C	D	E	F	G	H
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
1		La adecuada GETH debe igualmente Contemplar las Directrices para la toma de decisiones frente al talento humano, en especial sobre aquellos aspectos que tienen que ver con su preparación y responsabilidad frente al Sistema de Control Interno, y sobre los parámetros éticos y de integridad que han de regir todas las Actuaciones de los servidores públicos.	1. Revisar las directrices que establece el MIPG en la materia y ajustar los documentos que así lo requieran.	Documentos ajustados y actualizados en el SIHO y en las plataformas aplicables (página web)	Jorge García Subdirector Administrativo y Financiero	Angela Alonso (Calidad)	
33	2. Aplicar el plan de acción propuesto en los ítems anteriores con relación al Código de Integridad y al Código de Buen Gobierno.						
34	3. Formalizar documentos ante el SIHO y dejar evidencia de la divulgación de los mismos.						
35		Garantizar un adecuado ambiente de control requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.	1. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente.	Resolución actualizada y divulgada.	Fabricio Rocha (Subdirector Planeación)	Angela Alonso (Calidad)	
36	2. Socializar los cambios en las instancias correspondientes.		Informes derivados de la Oficina de Control Interno frente al cumplimiento a responsabilidades del MECI.				
37	3. Garantizar que las responsabilidades son aplicadas acorde al MIPG.						
38	4. Dejar evidencia de lo anterior en los informes derivados de la Oficina de Control Interno.						
39			1. Actualizar la resolución que establece la política de administración del riesgo, de tal manera que se tengan en cuenta: estrategia, sistemas que configuran la gestión del instituto y los lineamientos definidos en el MIPG.	Resolución de política de riesgos actualizada.	Fabricio Rocha (Subdirector Planeación)		
40							

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habidad de Medellín.

## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

D40 : [X] [✓] [fx] 1. Actualizar la resolución que establece la política de administración del riesgo, de tal manera que se tengan en cuenta: estrategia, sist							
A	B	C	D	E	F	G	H
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
1							
41		Es un proceso continuo que fluye por toda la entidad	2. Socializar la política a todas las partes interesadas.	Herramienta para definir riesgos y formalizarla ante el SIHO.	Jorge García (Jefe de Control Interno)	Angela Alonso (Calidad)	
42	3. Publicar la política en página web.		Seguimientos respectivos de Mapas de riesgos.				
43	4. Suministrar capacitación a los Enlaces de Calidad y a los Subdirectores frente a riesgos teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en el MIPG.		Informes de riesgos elaborados por la Oficina de Control Interno.				
44	5. Reestructurar la herramienta para definir riesgos y articularla con los Sistemas que también requieran "identificar factores de riesgos" para su posterior seguimiento, de lo cual se deberá dejar la evidencia correspondiente.						
45	Es llevado a cabo por todos los servidores de la entidad		Aplica el plan de acción definido en el ítem anterior.	Aplican los productos descritos en el ítem anterior.			Fabrizio Rocha (Subdirector Planeación)
46	Se aplica en el establecimiento de la estrategia						
47	Está diseñado para identificar acontecimientos potenciales que, de ocurrir, afectarían a la entidad.						
48	Está orientado al logro de las metas estratégicas, los resultados esperados y en general de los objetivos de la entidad						
49	Los objetivos deben ser definidos con suficiente claridad para identificar y evaluar los riesgos relacionados						
50	Brindar atención prioritaria a los riesgos de carácter negativo y de mayor impacto potencial						
	Considerar la probabilidad de fraude que pueda afectar la adecuada gestión	1. Asegurarse que dentro de los riesgos que se definan se incluya el riesgo de fraude y los controles que se determinen para evitar su materialización y en caso que se materialice			Mapa de riesgo actualizado	Fabrizio Rocha (Subdirector	
	2. Gestión de						

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitación de Medellín.



## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

D40 : X ✓ fx 1. Actualizar la resolución que establece la política de administración del riesgo, de tal manera que se tengan en cuenta: estrategia, si:							
A	B	C	D	E	F	G	H
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
1		Identificar y evaluar los cambios que pueden afectar los riesgos al Sistema de Control Interno	Aplica el plan de acción definido en el primer ítem de ésta dimensión.	Aplican los productos descritos en el primer ítem de ésta dimensión.	Fabrizio Rocha (Subdirector Planeación)	Angela Alonso (Calidad)	
52		Se debe dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción.			Jorge García (Jefe de Control Interno)		
53	Fortalecer la gestión del riesgo a partir del desarrollo de las otras dimensiones de MIPG	En la dimensión de Direccionamiento Estratégico y la Planeación, el representante legal y la alta dirección deben definir los lineamientos para la administración del riesgo de la entidad; el equipo directivo debe identificar aquellos riesgos que impidan el logro de su propósito fundamental y las metas estratégicas.	Aplica el plan de acción definido en el primer ítem de ésta dimensión.	Aplican los productos descritos en el primer ítem de ésta dimensión.	Fabrizio Rocha (Subdirector Planeación)		
54		La política para la gestión del riesgo se constituye en una política de operación para la entidad, por lo que la misma es aplicable a todos los procesos, proyectos y programas especiales. Para su definición se requiere contar con una visión sistémica y estratégica de las operaciones, se debe analizar los principales factores internos y externos acorde con el entorno de la entidad, los riesgos a nivel estratégico y su evaluación, aspectos que dan línea a toda la entidad en la identificación de los riesgos a todos los niveles.			Jorge García (Jefe de Control Interno)		
55	Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa	Garantizar una adecuada gestión del riesgo requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos.	Aplica el plan de acción definido en el primer ítem de ésta dimensión.	Aplican los productos descritos en el primer ítem de ésta dimensión.	Fabrizio Rocha (Subdirector Planeación) Jorge García (Jefe de Control		

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitación de Medellín.

## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

D40		1. Actualizar la resolución que establece la política de administración del riesgo, de tal manera que se tengan en cuenta: estrategia, sist					
A	B	C	D	E	F	G	H
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
1							
57		Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos	1. Asignar responsables de cada línea de acción de los procesos.	Actas de comités, comités institucionales, comités primarios de cada subdirección.	Fabricio Rocha (Subdirector Planeación) Jorge García (Jefe de Control Interno)	Todos los enlaces asignados por procesos.	
58	2. Implementar los Comités primarios dentro de cada subdirección de tal manera que se dé cuenta de la gestión y los recursos requeridos para mitigar riesgos de los procesos.		Piezas derivadas de la campaña.				
59	3. Dejar evidencia de las decisiones que se toman en actas de comités primarios, comités y demás escenarios donde se gestan acciones para mitigar riesgos.						
60	4. Realizar campaña a cargo de la Oficina de Control Interno en relación a riesgos y al autocontrol.						
61	Diseñar y llevar a cabo las actividades de control del riesgo en la entidad	Definir controles en materia de TIC.	1. Dentro del mapa de riesgos del proceso de Gestión de TICS, definir riesgos inherentes al tema y controles eficaces.	Mapa de riesgos de Gestión de TICS actualizado en el SIHO.	Jorge García Subdirector Administrativo y Financiero	Angela Alonso (Calidad)	
62			2. Actualizar los documentos de Gestión de TICS de tal manera que se registren los controles establecidos acorde a cada metodología estandarizada mediante planes, procedimientos e instructivos.	Plan de contingencia de TICS formalizado ante el SIHO.			
63			3. Fusionar el plan de contingencia que elaboró el contratista del archivo en el 2017 frente a los controles establecidos para la custodia y preservación de archivos magnéticos, de tal manera que se tenga un solo plan de contingencia que de alcance a TICS.				
64			4. Realizar divulgación a las partes involucradas y dejar evidencia de dicha divulgación.				
65		Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su	1. Revisar las caracterizaciones de los procesos y actualizar las políticas de operación acorde a nuevos lineamientos del MIPG.	Caracterizaciones actualizadas y formalizadas	Subdirectores	Enlaces asignados a cada proceso	

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitación de Medellín.

## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

D40 : [X] [✓] [fx] 1. Actualizar la resolución que establece la política de administración del riesgo, de tal manera que se tengan en cuenta: estrategia, sist							
A	B	C	D	E	F	G	H
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
1		Mecanismos que sustentan su aplicación en materia de control.	2. Socializar cambios aplicados en Comités primarios correspondientes. 3. Dejar evidencia en actas.	ante el SIHO.		Cada proceso	
66							
67							
68	3. Actividades de Control	En el marco estratégico (Direccionamiento Estratégico y Planeación) se constituye en el andamiaje sobre el cual se desarrolla de la gestión de la entidad, en la medida en que traza la hoja de ruta para la ejecución de las acciones a cargo de toda la entidad, y es determinante para encaminarla al logro de los objetivos, metas, programas y proyectos institucionales.	1. Recibir resultados del FURAG emitido por el DAFP donde se establece línea base para iniciar implementación del MIPG.	Actualización de documentos en el SIHO en caso que así lo requiera del proceso de Gestión Estratégica y demás procesos que apliquen	Subdirectores	Enlaces de calidad asignados en cada proceso	
69			2. Realizar FOCUS GROUP con el proceso de Gestión Estratégica quien está a cargo de la Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación.				
70			3. Establecer lineamientos claros dentro de la Plataforma estratégica que permita dar cumplimiento al tema de control y de riesgos (los riesgos deben tener alcance a todos los riesgos Institucionales comprendidos dentro de los Sistemas aplicables al MIPG.				
71			4. Actualizar los documentos que sean necesarios del proceso de Gestión Estratégica y demás procesos que apliquen y formalizarlos ante el SIHO.				
72			5. Divulgar cambios a las partes interesadas y dejar evidencia de dicha divulgación.				
	Fortalecer el desarrollo de las actividades de control a partir del desarrollo de las otras dimensiones de MIPG	De otra parte, en cada uno de los aspectos de la dimensión de gestión para resultados, los responsables deberán adoptar mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones, la eficacia y la eficiencia operacional de la entidad y la corrección oportuna de las deficiencias. La existencia, aplicación y efectividad de tales controles se verifica a	Aplica el plan de acción definido en el primer ítem de ésta dimensión.	Aplican los productos descritos en el primer ítem de ésta dimensión.	Subdirectores	Enlaces de calidad asignados en cada proceso	

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitación de Medellín.

## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

D40 : 1. Actualizar la resolución que establece la política de administración del riesgo, de tal manera que se tengan en cuenta: estrategia, sistem

A	B	C	D	E	F	G	H	I
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	
1	Fortalecer el desarrollo de las actividades de control a partir del desarrollo de las otras dimensiones de MIPG	De otra parte, en cada uno de los aspectos de la dimensión de gestión para resultados, los responsables deberán adoptar mecanismos de control encaminados a asegurar el cumplimiento de las leyes y las regulaciones, la eficacia y la eficiencia operacional de la entidad y la corrección oportuna de las deficiencias. La existencia, aplicación y efectividad de tales controles se verifica a través de la autoevaluación y se comprueba por medio de la auditoría interna.	Aplica el plan de acción definido en el primer ítem de ésta dimensión.	Aplican los productos descritos en el primer ítem de ésta dimensión.	Subdirectores	Enlaces de calidad asignados en cada proceso		
73		Para asegurar que el personal de la entidad transite por ese mismo camino, la alta dirección de la entidad le corresponde hacer seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de los controles, por parte de los responsables de la gestión. De la misma forma, de los medios, mecanismos y procedimientos de control que aseguren que sus competencias se ejerzan y las actividades se lleven a cabo eficaz y eficientemente para la obtención de los resultados pretendidos.	1. Realizar comités primarios dentro de cada subdirección y dejar evidencia de los controles y de las decisiones que se toman con relación a los resultados del proceso.	Actas de comités primarios.	Subdirectores	Enlaces de calidad asignados en cada proceso		
74			2. Ejecutar la Revisión por la dirección dando alcance a las entradas requeridas por los diferentes Sistemas del MIPG, de tal manera que se tomen decisiones a nivel directivo y se asignen los recursos necesarios para alcanzar de manera eficaz los resultados. Dejar evidencia.	Acta de Revisión por la Dirección				
75	Asignar las responsabilidades en relación con las	Garantizar un adecuado desarrollo de actividades de control requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la	1. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente.	Resolución actualizada y divulgada.	Fabricio Rocha (Subdirector Planeación)			
76			2. Socializar los cambios en las instancias	Informes derivados de la		Angela Alonso		

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitud de Medellín.

## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

D40 : 1. Actualizar la resolución que establece la política de administración del riesgo, de tal manera que se tengan en cuenta: estrategia, sist							
A	B	C	D	E	F	G	H
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
1							
76	Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI	Garantizar un adecuado desarrollo de actividades de control requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.	1. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente.	Resolución actualizada y divulgada.	Fabrizio Rocha (Subdirector Planeación)	Angela Alonso (Calidad)	
77			2. Socializar los cambios en las instancias correspondientes.	Informes derivados de la Oficina de Control Interno frente al cumplimiento a responsabilidades del MECI.	Jorge García (Jefe de Control Interno)		
78			3. Garantizar que las responsabilidades son aplicadas acorde al MIPG.				
79			4. Dejar evidencia de lo anterior en los informes derivados de la Oficina de Control Interno.				
80	Efectuar el control a la información y la comunicación organizacional	Obtener, generar y utilizar información relevante y de calidad para apoyar el funcionamiento del control interno.	1. Terminar los módulos del SIHO que se encuentran en desarrollo y que dan respuesta a procesos misionales	Módulos terminados	Jorge García Subdirector Administrativo y Financiero	Angela Alonso (Calidad)	
81			2. Realizar ajustes al SMO-Sistema de Medición Organizacional, de tal manera que se disminuyan las brechas en la información requerida.	SMO ajustado a cambios aplicables a 2018.			
82		Comunicar internamente la información requerida para apoyar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.	1. Realizar comités primarios. 2. Realizar comités institucionales. 3. Comunicar a todas las partes interesadas información institucional y su desempeño. 4. Dejar evidencias de las decisiones tomadas en actas.	Actas de comités primarios y comités institucionales.		Enlaces de calidad asignados en cada proceso	
83		Comunicarse con los grupos de valor, sobre los aspectos claves que afectan el funcionamiento del control interno.		Publicaciones de página web.			
84	Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI	Garantizar un adecuado desarrollo del control de la información y la comunicación requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, así como de mecanismos para la prevención y evaluación de éste.	1. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente.	Resolución actualizada y divulgada.	Fabrizio Rocha (Subdirector Planeación)	Angela Alonso (Calidad)	
85			2. Socializar los cambios en las instancias correspondientes.	Informes derivados de la Oficina de Control Interno frente al cumplimiento a responsabilidades del MECI.	Jorge García (Jefe de Control Interno)		
86			3. Garantizar que las responsabilidades son aplicadas acorde al MIPG.				
87			4. Dejar evidencia de lo anterior en los informes derivados de la Oficina de Control Interno.				

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitar de Medellín.

## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

D40 : 1. Actualizar la resolución que establece la política de administración del riesgo, de tal manera que se tengan en cuenta: estrategia, sis							
A	B	C	D	E	F	G	H
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
1							
88		Aplicar evaluaciones continuas y/o independientes para determinar el avance en el logro de la Meta estratégica, los resultados y los objetivos propuestos, así como la existencia y operación de los componentes del Sistema de Control Interno.	1. Dar cumplimiento al Plan de auditoría anual de Control Interno.	Actas de cada reunión.	Subdirectores responsables	Enlaces de calidad asignados en cada proceso	
89	2. Dar cumplimiento al Programa de Auditoría Integral liderada por el área de Calidad.		Publicaciones de página web.	Jorge García (Jefe de Control Interno)			
90	3. Realizar Mesas de Calidad.		Publicaciones en medios internos				
91	4. Realizar comités primarios.		Informes de la Oficina de control Interno				
92	5. Realizar comités institucionales.						
93	6. Ejecutar la Revisión por la Dirección.						
94	7. Comunicar a todas las partes interesadas información institucional y su desempeño.						
95	8. Dejar evidencias de las decisiones tomadas en actas.						
96	9. Elaborar por parte de la Oficina de control Interno, informes frente al cumplimiento de objetivos institucionales.						
97	Evaluar y comunicar las deficiencias de control interno de forma oportuna a las partes responsables de aplicar medidas correctivas.				Informes de auditorías aplicables Plan de auditoría anual de Control Interno.	Fabrizio Rocha (Subdirector Planeación)	
98	Para las entidades que implementan MIPG, este componente es transversal a todas las dimensiones, por cuanto evalúa de manera independiente los resultados esperados en cada una de ellas. Este adquiere mayor importancia frente a la dimensión de evaluación para resultados, en tanto a partir del seguimiento y monitoreo a los controles es posible corregir en tiempo real, las desviaciones encontradas frente al logro de las metas y objetivos planeados	1. Elaborar por parte de la Oficina de control Interno, informes frente al cumplimiento del MECI de tal manera que se documenten las acciones a las que haya lugar y formalizarlas ante el SIHO. 2. Hacer entrega de los informes generados al Director como representante legal. 3. Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento institucional aplicable al periodo de tal manera que se evidencie el grado de avance en la gestión. 4. Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento		Seguimiento Plan de mejoramiento institucional.	Jorge García (Jefe de Control Interno)	Angela Alonso (Calidad)	

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitación de Medellín.

## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

L103							
A	B	C	D	E	F	G	H
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
1							
100		La evaluación continua o autoevaluación lleva a cabo el monitoreo a la operación de la entidad a través de la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros. De esta manera, se evalúa su diseño y operación en un período de tiempo determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito fundamental será tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño.	1. Realizar seguimiento al Plan de Acción Anual.	Plan de Acción Anual actualizado.	Fabrizio Rocha (Subdirector Discapacidad)	Angela Alonso (Calidad)	
101	2. Realizar seguimiento al Plan Indicativo.		Plan Indicativo actualizado.				
102	3. Realizar de manera trimestral la publicación de seguimiento a los planes anteriores en página web.		Plataforma actualizada.				
103	4. Realizar seguimiento sistemático y generar informes correspondientes en la plataforma dispuesta para que consolide avances con relación a programas y proyectos aplicables.		Plan de mejoramiento institucional actualizado.	Jorge García (Jefe de Control Interno)			
104	5. Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento institucional aplicable al periodo de tal manera que se evidencie el grado de avance en la gestión.		Plan de mejoramiento derivado de la Revisión por la Dirección actualizado.				
105	6. Realizar seguimiento al Plan de mejoramiento derivado de la Revisión por la Dirección.						
		En ese orden de ideas se busca que cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifique el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales. Se convierte, entonces, la autoevaluación en el mecanismo de verificación y evaluación, que le permite a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental.	1. Realizar comités primarios.				
106		La autoevaluación se convierte en un proceso periódico, en el cual participan los servidores que dirigen y ejecutan los procesos, programas y/o proyectos, según el grado de responsabilidad y autoridad		Actas de comités primarios	Subdirectores responsables	Enlaces de calidad asignados en cada proceso	

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitar de Medellín.

## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

L103							
A	B	C	D	E	F	G	H
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
1							
108	5. Monitoreo o supervisión continua	<p>En todo caso, deben tener en cuenta que la coordinación de las auditorías (cualquiera que sea su ámbito) está en cabeza del jefe de control interno o quien hace sus veces en cada entidad, con el apoyo de los líderes de cada uno de los sistemas de gestión que tengan implementados.</p>	1. Dar cumplimiento al Plan de auditoría anual de Control Interno.	Informes de auditorías derivados de la Oficina de control Interno.	Fabrizio Rocha (Subdirector Planeación)		
109		<p>En segundo lugar, las evaluaciones independientes se llevan a cabo de forma periódica, por parte de la oficina de control interno o quien haga sus veces a través de la auditoría interna de gestión. Estas evaluaciones permiten determinar si se han definido, puesto en marcha y aplicado los controles establecidos por la entidad de manera efectiva. Las evaluaciones, independientes a los componentes varían en alcance y frecuencia, dependiendo de la importancia del riesgo, de la respuesta al riesgo y de los resultados de las evaluaciones continuas o autoevaluación.</p>	2. Dar cumplimiento al Programa de Auditoría Integral liderada por el área de Calidad. 3. Elaborar por parte de la Oficina de control Interno, informes frente al cumplimiento de objetivos institucionales.	Informes de auditorías derivados del área de Calidad.	Jorge Garcia (Jefe de Control Interno)		
110		<p>La auditoría se constituye en "una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consulta, concebida para agregar valor y mejorar las operaciones de la entidad; que ayuda a cumplir sus objetivos aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno"</p>	1. Dar cumplimiento al Plan de auditoría anual de Control Interno.	Informes de auditorías derivados de la Oficina de control Interno.	Fabrizio Rocha (Subdirector Planeación)	Angela Alonso (Calidad)	
		<p>La auditoría es una herramienta de realimentación del SCI y de MIPG que</p>					

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitación de Medellín.



## Continuación Plan de acción y articulación del MECI con el MIPG

	A	B	C	D	E	F	G	H
	COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	ASPECTOS MÍNIMOS DE IMPLEMENTACIÓN	PLAN DE ACCIÓN PROPUESTO	PRODUCTO	SUBDIRECTOR RESPONSABLE	ENLACE DE CALIDAD RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
1			De otra parte, en desarrollo del rol de evaluación y seguimiento, el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, debe adelantar la evaluación del control interno contable con criterio de independencia y objetividad, teniendo en cuenta los lineamientos que, para el efecto, establezca la Contaduría General de la Nación.	1. Dar cumplimiento al Plan de auditoría anual de Control Interno.	Informes de auditorías derivados de la Oficina de control Interno.	Fabrizio Rocha (Subdirector Planeación)	Angela Alonso (Calidad)	
115			El Informe Anual de Evaluación del Control Interno Contable se efectúa en cada vigencia con corte al 31 de diciembre de cada periodo contable, y se presenta mediante el diligenciamiento y reporte del formulario por medio del cual se hacen las valoraciones cuantitativa y cualitativa.	2. Dar cumplimiento al Programa de Auditoría Integral liderada por el área de Calidad.				
116		Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI	Garantizar un adecuado desarrollo de la auditoría interna requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo.	3. Elaborar por parte de la Oficina de control Interno, informes frente al cumplimiento de objetivos institucionales.	Informes de auditorías derivados del área de Calidad.	Jorge García (Jefe de Control Interno)		
117	4. Revisar la Resolución que enmarca la gestión del MECI y ajustar las responsabilidades aplicables a la línea de defensa de éste componente.							
118	5. Socializar los cambios en las instancias							
119	6. Garantizar que las responsabilidades son							
120	7. Dejar evidencia de lo anterior en los informes							
121								
122								
123								

Fuente: Elaboración propia con base en el Manual Técnico del MECI del Instituto Social de Vivienda y Habitación de Medellín.

Como otras actividades complementarias a las cuatro fases el día 3 de Agosto del 2018 se asistió al foro de MIPG realizado por la Escuela de Administración Pública Fotografía 4, en donde se explicó cómo se implementa el MIPG y el uso de las herramientas autodiagnóstico que se encuentra en la página web de esta Entidad.

**Fotografía 4. Asistencia al foro de la ESAP**



Fuente: Autor

Además se realizó y expidió el acto administrativo (Resolución número 619 del 15 de Agosto de 2018) mediante el cual se integra el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón de acuerdo con lo previsto en el Decreto 1499 de 2017. (Véase anexo 8) También se hizo la respectiva revisión con el gerente para la aprobación de los autodiagnósticos.

Después de expedida la Resolución 619 de 2018 en el Auditorio de la E.S.E., se convocó a una reunión a todos los empleados de la Institución y la pasante procedió a la explicación y socialización de la misma, se aclararon las dudas y se escucharon

las expectativas que tenían los empleados frente al modelo MIPG como se puede evidenciar en la fotografía No. 5, a continuación:

**Fotografía 5. Socialización Resolución 619 de 2018.**



Fuente: Autor

### **CAPITULO 3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES**

#### **7 CONCLUSIONES**

De acuerdo a los objetivos propuestos al inicio de la pasantía se logró obtener los siguientes resultados:

Disponer de la información sobre la entidad y su talento humano para la gestión del Modelo MIPG.

Se analizó el contenido y los requisitos de cada dimensión del modelo MIPG, para de esta manera recopilar y organizar la información requerida. Es así como se recolectó y dispuso de la información oportuna y actualizada para la gestión en cada dimensión estratégica, al igual que la información necesaria para el desarrollo de las labores del talento humano, herramienta para brindar un buen servicio al ciudadano. Dentro de la información se actualizó: marco normativo y plataforma estratégica institucional, caracterización de los empleos, caracterización de los servidores públicos e información de interés para éstos.

También se aplicaron los autodiagnósticos de cada dimensión del modelo utilizando la herramienta <http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/index.html>, examinando las distintas rutas de creación de valor y el grado de madurez para posteriormente generar los planes de acción, se describieron las actividades que se debían realizar para la mejora de los lineamientos evaluados; se empleó igualmente la herramienta que brinda el DAFP donde se muestran opciones de la normatividad vigente, las páginas web para tomar las rutas de acción que se adecuaban a las necesidades de la ESE.

Igualmente, se contribuyó a la actualización del Sistema de Control Interno (MECI) con la creación de los planes de acción que se desarrollaron teniendo en cuenta cada componente, subcomponente, aspectos mínimos de la implementación,

acción propuestas, el producto, el subdirector responsable, y el enlace de calidad responsable.

Otros de los logros obtenidos por la pasante en la ejecución del proyecto la pasantía Actualización en el Sistema de Control Interno (MECI) e Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de fueron:

Identificar las características del Modelo de Gestión Integrado de Planeación y Gestión MIPG y del Modelo Estándar de Control Interno MECI, aplicados en una entidad pública como el Hospital Habacuc Calderón lo que implicó: entender primero que todo el marco normativo que reglamenta estos modelos de gestión; la responsabilidad de quienes lo implementan, en este caso en particular del profesional en Contaduría Pública; conocer las herramientas y ayudas que brinda el Departamento Administrativo de la Administración Pública para la implementación de estos. Con respecto a la responsabilidad de quien lo administra se asumió un alto grado de compromiso con el cumplimiento de las tareas asignadas reflejadas en los informes mensuales de las actividades desempeñadas en este proceso.

Además comprender las dimensiones del Sistema de Gestión MIPG con las herramientas que brinda el DAFP; ya que por medio de la aplicación de los autodiagnósticos, el contacto con las personas encargadas de cada área evaluada se logró comprender la importancia de la articulación de todos las áreas de una entidad en la generación de resultados y logro de los objetivos institucionales.

En conclusión la pasantía permitió al estudiante el desarrollo y fortalecimiento de sus conocimientos desde un enfoque real y cotidiano preparándolo para enfrentar las distintas situaciones que se vivencian en el mundo laboral. Además mejorar su capacidad de trabajo en equipo ya que si todas las dimensiones funcionan conjunta y eficientemente se logran unos resultados exitosos, no solo para la organización sino también para la comunidad en general.

A la par se considera que el principal aporte que hizo el pasante a la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa en el desarrollo de sus funciones fue su compromiso y responsabilidad, cumpliendo a cabalidad con las responsabilidades asignadas.

## **8 RECOMENDACIONES FINALES**

Algunas de las recomendaciones para la Universidad de Cundinamarca es seguir fortaleciendo estos convenios de pasantías con distintas entidades, ya que permiten al estudiante desarrollar competencias y aplicar los conocimientos adquiridos durante su proceso de formación.

A la ESE Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa se recomienda implementar las acciones de mejora planificadas para fortalecer aquellos aspectos débiles detectados en los autodiagnósticos.

En cuanto a los planes de acción se recomienda determinar los tiempos en los que se esperan realizar las actividades, los compromisos que se dejan para una próxima evaluación ya que el seguimiento debe realizarse periódicamente. Además realizar un proceso de evaluación continua de las acciones sugeridas analizando su impacto.

## 9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FASE	ACTIVIDAD	Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16
I	Inducción																
	Elaboración de los aspectos mínimos para la implementación de MIPG implementación (Caracterización de los servidores, marco normativo de la entidad, régimen laboral, direccionamiento estratégico y planeación)																
II	Realización del autodiagnóstico Integridad																
	Realización del autodiagnóstico Direccionamiento Estratégico																
	Realización del autodiagnóstico Plan Anticorrupción																
	Realización del autodiagnóstico Gestión Presupuestal																
	Realización del autodiagnóstico Gobierno digital																
	Realización del autodiagnóstico Defensa Jurídica																
	Realización del autodiagnóstico Servicio al Cliente																
	Realización del autodiagnóstico Política de Trámites																
	Realización del autodiagnóstico Política de Seguimiento y evaluación																
	Realización del autodiagnóstico Gestión Documental																
	Realización del autodiagnóstico Transparencia y acceso a la información																
	Realización del autodiagnóstico Política participación ciudadana																
	Realización del autodiagnóstico Política Rendición de cuentas																
III	Realización del plan de acción Talento Humano																
	Realización del plan de acción Integridad																
	Realización del plan de acción Direccionamiento Estratégico																
	Asistencia a foro de MIPG																
	Realización del plan de acción Plan Anticorrupción																
	Realización del plan de acción Gestión Presupuestal																
	Realización del plan de acción Gobierno Digital																
	Realización del plan de acción Defensa Jurídica																
	Realización del plan de acción Servicio al Cliente																
	Resolución número 619- Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la E.S.E.																
	Realización del plan de acción Política de Trámites																
	Realización del plan de acción Política de seguimiento y evaluación																
	Realización del plan de acción Gestión Documental																
	Realización del plan de acción Transparencia y acceso a la información																
	Realización del plan de acción Política participación ciudadana																
	Realización del plan de acción Política rendición de cuentas																
IV	Revisión de autodiagnósticos con el Gerente de la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón																
	Iniciación actualización MECI como dimensión de control interno																



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COLOMBIA, CONGRESO DE LA RÉPUBLICA. Ley 87 de 1993. Bogotá: Diario Oficial. 1993.

COLOMBIA, PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA. Decreto 1499 del 11 de Septiembre de 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. Diario Oficial No.50.353 de 11 de septiembre de 2017.

COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA – DAPF- . Decreto 1599 del 26 de Mayo de 2005, por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI: 2005, para el Estado Colombiano. Diario oficial. Bogotá, D.C., No. 45920, 2005.

COLOMBIA, PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA. Decreto 1876 de 1994. Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado. Artículo 1. Bogotá: Diario Oficial, 1994.

COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Glosario Sistema de Gestión MIPG. Versión 3. Bogotá: 2018. 7p.

COLOMBIA, DEPARTAMENTO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual de Implementación Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2005. Bogotá: 2006.

COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Operativo Sistema de Gestión. MIPG. Versión 2. Bogotá: 2018, p. 9-10.

COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014. Recuperado de <http://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/506911/Manual+T%C3%A9cnico+del+Modelo+Est%C3%A1ndar+de+Control+Interno+para+el+Estado+Colombiano+MECI+2014/065a3838-cc9f-4eeb-a308-21b2a7a040bd>. 2014. 8p.

COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Marco General Sistema de Gestión MIPG. Versión 2. Bogotá, 2018. 33p.

COLOMBIA, DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Sistema de Gestión y MIPG. Recuperado de [http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion\\_MIPG.pdf](http://www.funcionpublica.gov.co/eva/mipg/pdf/Presentacion_MIPG.pdf). (s.f.).

E.S.E HOSPITAL HABACUC CALDERÓN. Personal y Organograma. 2013. Recuperado de <http://esehabacuccalderon.gov.co/wp-content/uploads/2013/04/ORGANIGRAMA.jpg>.

ESE HABACUC CALDERÓN. (2019). Nosotros. Recuperado de <http://esehabacucalderon.gov.co/?p=93>.

HERNÁNDEZ ROYETT, Javier., HERNÁNDEZ, Yamid., DE LOS ÁNGELES, María., & CARDÉNAS, Elmer. Evaluación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en las Entidades Territoriales del Estado Colombiano. Aglala. México: 2018.

Instituto Social de Vivienda y Habitación de Medellín. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno MECI. Medellín. 2018.

MANTILLA, Samuel Alberto. Auditoría del control interno. Bogotá: Ecoe Ediciones, 2009.

NIÑO BENITEZ, Luis Alfredo. Informe de Gestión 2017 ESE Hospital Habacuc Calderón Carmen de Carupa. Carmen de Carupa: 2017

NIÑO BENITEZ, Luis Alfredo. Plataforma Estratégica 2017-2020 ESE Hospital Habacuc Calderón Carmen de Carupa. Carmen de Carupa: 2017

OLANO GARCÍA, Hernán Alejandro, et al. Constitución Política de Colombia. 2006.

SIIGO. Qué es un sistema de gestión. Recuperado de <https://www.siigo.com/blog/empresario/que-es-un-sistema-de-gestion/>. 2018.

## ANEXOS

### Anexo 1. Autodiagnósticos Dimensión 1. Talento Humano

#### Autodiagnóstico de gestión estratégica de talento humano

ENTIDAD					PUNTAJE FINAL				
E.S.E. HOSPITAL HABACUC CALDERON CARMEN DE CARUPA					92,4				
Componentes	Calificación	Categoría	Calificación	Actividades de Gestión (Variables)	Criterio de Calificación	Valoración	Periodo de análisis	Puntaje (0 - 100)	Observaciones
				1 Conocer y considerar el propósito, las funciones y el tipo de entidad; conocer su entorno; y vincular la planeación estratégica en los diseños de planeación del área.	Método adecuado de manejo de la normatividad vigente	0 - 20 No se encuentra recopilada ni fácilmente accesible la información estratégica y básica de la entidad 21 - 40 Se encuentra recopilada parcialmente la información estratégica y básica de la entidad 41 - 60 Está recopilada y organizada la información estratégica y básica de la entidad 61 - 80 Está recopilada, organizada y fácilmente accesible la información estratégica y básica de la entidad 81 - 100 Está recopilada, organizada y fácilmente accesible la información estratégica y básica de la entidad y se articula con la planeación estratégica de Talento Humano	Al día	80	
		Conocimiento normativo y del entorno	90,0	2 Conocer y considerar toda la normatividad aplicable al proceso de TH	Lineamientos incluidos en los planes	0 - 20 No se encuentra recopilada ni fácilmente accesible la normatividad aplicable al proceso de Talento Humano de la entidad 21 - 40 Se encuentra recopilada parcialmente la normatividad aplicable al proceso de Talento Humano de la entidad 41 - 60 Está recopilada y organizada la normatividad aplicable al proceso de Talento Humano de la entidad 61 - 80 Está recopilada, organizada y fácilmente accesible la normatividad aplicable al proceso de Talento Humano de la entidad 81 - 100 Está recopilada, organizada y fácilmente accesible la normatividad aplicable al proceso de Talento Humano de la entidad y se tiene en cuenta para la planeación estratégica de Talento Humano	Al día	90	
				3 Conocer y considerar los lineamientos institucionales macro relacionados con la entidad, emitidos por Función Pública, CNSC, ESAP o Presidencia de la República.	Evidencia de articulación de la planeación del área con la planeación estratégica	0 - 20 No se encuentran recopilados ni fácilmente accesibles los lineamientos institucionales macro aplicables al proceso de Talento Humano de la entidad 21 - 40 Se encuentran recopilados parcialmente los lineamientos institucionales macro aplicables al proceso de Talento Humano de la entidad 41 - 60 Están recopilados y organizados los lineamientos institucionales macro aplicables al proceso de Talento Humano de la entidad	Al día	90	

## Continuación Autodiagnóstico de gestión estratégica de talento humano

R15																		
A	E	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L			M	N	O	Q	
43											0 - 20	No se cuenta con mecanismos para identificar a los servidores por su tipo de vinculación, nivel, código y grado						
44											21 - 40	Se cuenta con información parcial acerca de los servidores por su tipo de vinculación, nivel, código y grado						
45										Incluido	41 - 60	Se cuenta con un mecanismo que permite identificar a los servidores por su tipo de vinculación, nivel, código y grado			Aldía	100		
46											61 - 80	Se cuenta con un mecanismo digital que permite identificar los empleos que pertenecen a la planta global y a la planta estructural, los grupos internos de trabajo y el tipo de vinculación, nivel, código y grado						
47											81 - 100	Se cuenta con un mecanismo digital que permite identificar los empleos que pertenecen a la planta global y a la planta estructural, los grupos internos de trabajo y el tipo de vinculación, nivel, código y grado; así como generar reportes inmediatos y confiables						
48											0 - 20	No se cuenta con mecanismos para identificar la antigüedad de los servidores, el nivel académico y el género						
49											21 - 40	Se cuenta con información parcial acerca de la antigüedad de los servidores, el nivel académico y el género						
50										Incluido	41 - 60	Se cuenta con un mecanismo que permite identificar la antigüedad de los servidores, el nivel académico y el género			Aldía	80	falta nivel académico	
51											61 - 80	Se cuenta con un mecanismo digital que permite identificar la antigüedad de los servidores, el nivel académico y el género						
52											81 - 100	Se cuenta con un mecanismo digital que permite identificar la antigüedad de los servidores, el nivel académico y el género; así como generar reportes inmediatos y confiables						
53											0 - 20	No se cuenta con mecanismos para identificar los empleos que se encuentran en vacancia definitiva o temporal por niveles						
54											21 - 40	Se cuenta con información parcial acerca de los empleos que se encuentran en vacancia definitiva o temporal por niveles						
55										Incluido	41 - 60	Se cuenta con un mecanismo que permite identificar los empleos que se encuentran en vacancia definitiva o temporal por niveles			Aldía	100		
56											61 - 80	Se cuenta con un mecanismo digital que permite identificar los empleos que se encuentran en vacancia definitiva o temporal por niveles						
57											81 - 100	Se cuenta con un mecanismo digital que permite identificar los empleos que se encuentran en vacancia definitiva o temporal por niveles; así como generar reportes inmediatos y confiables						
58											0 - 20	No se cuenta con mecanismos para identificar los perfiles de todos los empleos de la planta de personal						
59											21 - 40	Se cuenta con información parcial acerca de los perfiles de todos los empleos de la planta de personal						

Inicio

Instrucciones

**Autodiagnóstico**

Gráficas

Resultados Rutas

Plan de Acción

Rutas Filtro

Referencias



## Continuación Autodiagnóstico de gestión estratégica de talento humano

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Q
80								12B	Plan Institucional de Capacitación	Incluido	41 - 60	El plan estratégico de talento humano incluye un Plan Institucional de Capacitación	1 año	100		
81											61 - 80	El plan estratégico de talento humano incluye un Plan Institucional de Capacitación que se ejecuta de acuerdo con lo planificado				
82											81 - 100	El plan estratégico de talento humano incluye un Plan Institucional de Capacitación que se ejecuta de acuerdo con lo planificado y al que se le evalúa la eficacia de su implementación				
83											0 - 20	No se elabora un plan de bienestar e incentivos				
84											21 - 40	Se elabora un plan de bienestar e incentivos que no se incluye en el plan estratégico de talento humano				
85								12C	Plan de bienestar e incentivos	Incluido	41 - 60	El plan estratégico de talento humano incluye un Plan de Bienestar e Incentivos	1 año	100	VERAZ	
86											61 - 80	El plan estratégico de talento humano incluye un Plan de Bienestar e Incentivos que se ejecuta de acuerdo con lo planificado				
87											81 - 100	El plan estratégico de talento humano incluye un Plan de Bienestar e Incentivos que se ejecuta de acuerdo con lo planificado y al que se le evalúa la eficacia de su implementación				
88											0 - 20	No se elabora un plan de seguridad y salud en el trabajo				
89											21 - 40	Se elabora un plan de seguridad y salud en el trabajo que no se incluye en el plan estratégico de talento humano				
90					Planeación Estratégica	86,7		12D	Plan de seguridad y salud en el trabajo	Incluido	41 - 60	El plan estratégico de talento humano incluye un Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo	1 año	100	DRANGELA	
91											61 - 80	El plan estratégico de talento humano incluye un Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo que se ejecuta de acuerdo con lo planificado				
92											81 - 100	El plan estratégico de talento humano incluye un Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo que se ejecuta de acuerdo con lo planificado y al que se le evalúa la eficacia de su implementación				
93											0 - 20	No se planea el monitoreo y seguimiento del SIGEP				
94											21 - 40	Se planea un monitoreo y seguimiento del SIGEP que no se incluye en el plan estratégico de talento humano				
95								12E	Monitoreo y seguimiento del SIGEP	Incluido	41 - 60	El plan estratégico de talento humano incluye el monitoreo y seguimiento del SIGEP	1 año	90		
96											61 - 80	El plan estratégico de talento humano incluye el monitoreo y seguimiento del SIGEP que se ejecuta de acuerdo con lo planificado				

## Continuación Autodiagnóstico de gestión estratégica de talento humano

A122		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Q
146												61-80	Existe un mecanismo interno más ágil que la revisión de las historias laborales para verificar si existen servidores de carrera con derecho preferencial para una eventual vacante de carrera				
147												81-100	Existe un mecanismo digital ágil y confiable para verificar si existen servidores de carrera con derecho preferencial para una eventual vacante de carrera, que genera reportes oportunos y verificables				
148												0-20	Las historias laborales no tienen una organización específica				
149												21-40	Las historias laborales están organizadas con base en una metodología propia de la entidad				
150								20	Contar con la trazabilidad electrónica y física de la historia laboral de cada servidor		Historia laboral electrónicos y físicos de cada servidor	41-60	Las historias laborales se encuentran organizadas de acuerdo con las tablas de retención documental	Al día	100		
151												61-80	Existen registros electrónicos de las hojas de vida que permiten contar con información oportuna y confiable				
152												81-100	La información electrónica de la hoja de vida de cada servidor incluye los datos personales, los estudios, la experiencia y demás datos relevantes para la toma de decisiones				
153												0-20	No se cuenta con un mecanismo para registrar y analizar las vacantes y los tiempos de cubrimiento, especialmente de los gerentes públicos				
154												21-40	Se realizan conteos de vacantes y de los tiempos de cubrimiento que se actualizan solo cuando se solicitan reportes				
155								21	Registrar y analizar las vacantes y los tiempos de cubrimiento, especialmente de los gerentes públicos		Mecanismo para registrar los tiempos de cubrimiento de vacantes establecido	41-60	Se cuenta con un mecanismo para identificar las vacantes en tiempo real, especialmente de los gerentes públicos	Al día	100	NO HAY VACANTES PARA ESE CARGO	
156												61-80	Se cuenta con un mecanismo para identificar las vacantes en tiempo real, especialmente de los gerentes públicos, que permite conocer el tiempo de cubrimiento de las vacantes				
157												81-100	Se cuenta con un mecanismo para identificar las vacantes en tiempo real, especialmente de los gerentes públicos, que permite conocer el tiempo de cubrimiento de las vacantes y genera alertas para su cubrimiento oportuno				
158												0-20	Del 0% al 20% de los servidores públicos presentaron la Declaración de Bienes y Rentas en el plazo estipulado				
159												21-40	Del 21% al 40% de los servidores públicos presentaron la Declaración de Bienes y Rentas en el plazo estipulado				
160								22	Coordinar lo pertinente para que los servidores públicos de las entidades del orden nacional presenten la Declaración de Bienes y Rentas entre el 1 de abril y el 31 de mayo de cada vigencia, y los del orden territorial entre el 1 de junio y el 31 de julio de cada vigencia.		Porcentaje de servidores que presentaron la Declaración Juramentada de Bienes y Rentas en el plazo estipulado	41-60	Del 41% al 60% de los servidores públicos presentaron la Declaración de Bienes y Rentas en el plazo estipulado	1 año	30		
161												61-80	Del 61% al 80% de los servidores públicos presentaron la Declaración de Bienes y Rentas en el plazo estipulado				
162												81-100	Del 81% al 100% de los servidores públicos presentaron la Declaración de Bienes y Rentas en el plazo estipulado				

INGRESO

89,2

Gestión de la información

76,7

Autodiagnóstico

Gráficas

Resultados Rutas

Plan de Acción

Rutas Filtro

Referencias

## Autodiagnóstico gestión de la integridad

AUTODIAGNÓSTICO DE GESTIÓN CÓDIGO DE INTEGRIDAD						
ENTIDAD				CALIFICACIÓN TOTAL		
				<b>25,0</b>		
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
<b>Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del Código de Integridad</b>	<b>31,7</b>	Realizar el diagnóstico del estado actual de la entidad en temas de integridad	<b>42,5</b>	A partir de los resultados de FURAG, identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la implementación del Código de Integridad.	<b>10</b>	
				Dianosticar, a través de encuestas, entrevistas o grupos de intercambio, si los servidores de la entidad han apropiado los valores del código de integridad.	<b>100</b>	TEST
				Diagnosticar si las estrategias de comunicación que empleó la entidad para promover el Código de Integridad son idóneas.	<b>50</b>	FALTA ACTUALIZACIÓN
		Plan de mejora en la implementación del Código de Integridad. Paso 1. Generar espacios de retroalimentación que permitan recolectar ideas que ayuden a mejorar la implementación del Código de Integridad.	<b>55,0</b>	Socializar los resultados obtenidos en el periodo anterior sobre la implementación del Código de Integridad.	<b>10</b>	
				Determinar el alcance de las estrategias de implementación del Código de Integridad, para establecer actividades concretas que mejoren la apropiación y/o adaptación al Código.	<b>10</b>	
				Establecer mecanismos de retroalimentación con los servidores públicos, tales como grupos de intercambio, encuestas, correo electrónico, entre otras, que corroboren la confidencialidad de los servidores y ayuden a mejorar las ideas de implementación y gestión.	<b>100</b>	COMITÉS
				Definir los canales y las metodologías que se emplearán para desarrollar las actividades de implementación del Código de Integridad.	<b>10</b>	



## Continuación Autodiagnóstico gestión de la integridad

E28		Evaluación de Resultados de la implementación del Código de Integridad						
AB	C	D	E	F	G	H	I	J
18			implementación del Código de Integridad. <b>Paso 2. Fomentar los mecanismos de sensibilización, inducción, reinducción y afianzamiento de los contenidos del Código de Integridad.</b>	16,7	Definir el presupuesto asociado a las actividades que se implementarán en la entidad para promover el Código de Integridad	50	EXISTE EL PRESUPUESTO DENTRO DEL RUBRO DE BIENESTAR SOCIAL PERO NO LO HAY INDEPENDIENTE	
19	Establecer el cronograma de ejecución de las actividades de implementación del Código de Integridad.				10			
20	Definir los roles y responsabilidades del Grupo de Trabajo de integridad en cabeza del Grupo de Gestión Humana				10			
21	Construir un mecanismo de recolección de información (Encuesta y/o grupos de intercambio) en el cual la entidad pueda hacer seguimiento a las observaciones de los servidores públicos en el proceso de la implementación del Código de Integridad.				10			
22	<b>Promoción de la gestión del Código de Integridad</b>	15,0	Ejecutar el Plan de gestión del Código de integridad	16,7	Preparar las actividades que se implementarán en el afianzamiento del Código de Integridad.	50	EXISTEN LAS ACTIVIDADES PERO FALTA LA IMPLEMENTACIÓN	
23					Divulgar las actividades del Código de integridad por distintos canales, logrando la participación activa de los servidores públicos a ser parte de las buenas practicas.	10		
24					Implementar las actividades con los servidores públicos de la entidad, habilitando espacios presenciales y virtuales para dicho aprendizaje.	10		
25					Habilitar los canales presenciales y virtuales definidos en el plan para consultar, discutir y retroalimentar con los servidores públicos y grupos de intercambio sus recomendaciones u objeciones a la actividad que la entidad ejecutó para el desarrollo de su gestión.	10		
26					Analizar la actividad que se ejecutó, así como las recomendaciones u objeciones recibidas en el proceso de participación y realizar los ajustes a que haya lugar.	10		
27					Socializar los resultados de la consolidación de las actividades del Código de Integridad.	10		
					Analizar los resultados obtenidos en la implementación de las acciones del Código de Integración:	10		

## Anexo 2. Autodiagnósticos Dimensión 2. Direccionamiento estratégico y planeación

### Autodiagnóstico de gestión política Direccionamiento y planeación.

AUTODIAGNÓSTICO POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL						
ENTIDAD				CALIFICACIÓN TOTAL		
				85,2		
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍAS	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	85,2	Diseño del proceso de evaluación	95,8	Asignar en un área o servidor la responsabilidad de liderar el proceso de seguimiento y evaluación en la entidad (áreas de planeación)	100	
				Considerar la evaluación como una práctica permanente en la gestión de la entidad	100	
				Considerar la evaluación como un proceso encaminado a promover la buena gestión y mejorar el desempeño institucional	100	
				Lograr integralidad y sinergia entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la entidad	100	
				Identificar variables que describen los diferentes aspectos que se quieren medir o evaluar	75	dafp
Seguimiento y evaluación del desempeño institucional				Diseñar métodos cuantitativos y cualitativos de seguimiento y evaluación de la gestión y el desempeño institucional (indicadores)	100	
				Verificar que los indicadores diseñados sean comprensibles para todo tipo de usuarios, describan las situaciones que se pretenden medir, sean estimados periódicamente, puedan ser consultados de manera oportuna, cuenten con línea base para su medición, sean insumos para la toma de decisiones y sean revisados y mejorados continuamente	70	
				Utilizar o aplicar los indicadores para hacer seguimiento y evaluación de su gestión	80	

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política Direccionamiento y planeación.

	C	D	E	F	G	H	I	J	K
18			<b>Calidad de la evaluación</b>	<b>68,8</b>	Identificar, a partir del uso o aplicación de los indicadores, los avances alcanzados en torno a los objetivos y resultados	60			
19	Consolidar, organizar y en lo posible sistematizar la información proveniente del seguimiento y evaluación				10				
20	Documentar la información proveniente del seguimiento y evaluación (informes, reportes, tableros de control, entre otros)				90				
21	Desarrollar ejercicios de autoevaluación, por parte de los líderes, a planes, programas y proyectos				80				
22	Realizar ejercicios de evaluación independiente (auditorías internas)				80				
23	Validar la información generada en los procesos de evaluación para garantizar que sea confiable, comprensible y útil para la toma de decisiones				80				
24			<b>Utilidad de la información</b>	<b>89,0</b>	Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para formular o reformular planes, programas o proyectos	80			
25	Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para identificar la relación entre la ejecución presupuestal y la obtención de resultados				90				
26	Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para mejorar los resultados de la ejecución presupuestal				90				
27	Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para aportar al proceso de aprendizaje organizacional				90				
28	Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para identificar los aspectos donde se puede mejorar				90				
29	Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para definir o redefinir cursos de acción, trayectorias de implementación y objetivos, metas y resultados.				90				
30					Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para rendir cuentas a la ciudadanía y a los organismos de control	100			

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política Direccionamiento y planeación.

	AB	C	D	E	F	G	H	I	J
31						Difundir o comunicar interna y externamente la información proveniente del seguimiento y la evaluación	80		
32						Identificar si las necesidades o problemas de la ciudadanía (grupos de valor) estuvieron adecuadamente diagnosticados	90		
33						Identificar si el planteamiento de objetivos y de resultados apunta a resolver los problemas de la ciudadanía (grupos de valor)	90		
34				<b>Efectividad de la evaluación</b>	<b>90,0</b>	Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de identificar las brechas entre los resultados alcanzados y los objetivos planteados	90		
35						Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de hacer una revisión de los objetivos y de las acciones que se establecieron para alcanzarlos	90		
36						Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de tener evidencias para próximos ejercicios de planeación	90		
37						Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de fortalecer la capacidad para aprender sobre sus propios procesos, fortalecer los aciertos y replantear lo que no funciona	90		
38						Valorar la calidad del gasto público	90		
39						Determinar la coherencia entre los procesos de gestión, la ejecución presupuestal y los resultados logrados alcanzados	90		
40									
41									
42									

## Autodiagnóstico gestión plan anticorrupción

AUTODIAGNÓSTICO DE GESTIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN						
ENTIDAD				CALIFICACIÓN TOTAL		
				34,0		
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍAS	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
Plan Anticorrupción	20,0	Planeación	10,0	Dentro de los temas que se trataron en el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, la entidad tiene en cuenta el mapa de riesgos de corrupción	10	
				Dentro de los componentes de política incluidos en el Plan de Acción Anual, la entidad tiene en cuenta el mapa de riesgos de corrupción	10	
		Publicación	40,0	La Entidad publica en su sitio web oficial, en la sección de Transparencia y acceso a información, el plan anti-corrupción y de servicio al ciudadano junto con el informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	50	NO EXISTE INFORME DE SEGUIMIENTO
				Dentro de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano que la Entidad publicó en su sitio web oficial, se encuentra el mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos	30	
				En la construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción se adelantó un proceso participativo en el que se invitó a ciudadanos, usuarios o grupos de interés y responsables de los procesos de la Entidad junto con sus equipos	10	
Seguimiento al mapa de riesgos de corrupción	10,0	La entidad hace seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción en el tiempo prudente establecido	10			

## Continuación Autodiagnóstico gestión plan anticorrupción

	C	D	E	F	G	H	I	J	K
12	<b>Plan Anticorrupción</b>	<b>20,0</b>	Publicación	<b>40,0</b>	La Entidad publica en su sitio web oficial, en la sección de Transparencia y acceso a información, el plan anti-corrupción y de servicio al ciudadano junto con el informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	50	NO EXISTE INFORME DE SEGUIMIENTO		
13					Dentro de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano que la Entidad publicó en su sitio web oficial, se encuentra el mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos	30			
14			Construcción mapa de riesgos de corrupción	10,0	En la construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción se adelantó un proceso participativo en el que se invitó a ciudadanos, usuarios o grupos de interés y responsables de los procesos de la Entidad junto con sus equipos	10			
15			Seguimiento al mapa de riesgos de corrupción	10,0	La entidad hace seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción en el tiempo prudente establecido	10			
16			Integridad	100,0	La entidad no presenta actos de corrupción en ninguna de sus formas	100			
17			Seguimiento al plan anticorrupción	<b>40,0</b>	La entidad realiza seguimiento y control al mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos	10	ESTA DESACTUALIZADO		
18					El seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano fue realizado por los encargados del proceso y en los tiempos establecidos	100	CONTROL INTERNO		
19					Del seguimiento realizado surgieron acciones de mejora al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	10	NO HAY SEGUIMIENTO		
20									
21									

### Anexo 3. Dimensión 3. Gestión con valores para el resultado

#### Autodiagnóstico gestión presupuestal

AUTODIAGNÓSTICO GESTIÓN PRESUPUESTAL						
ENTIDAD				CALIFICACIÓN TOTAL		
E.S.E. HOSPITAL HABACUC CALDERON DE CARMEN DE CARUPA				97,9		
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
		Programación Presupuestal	100,0	El presupuesto integra recursos de inversión y funcionamiento en torno a programas.	100	
				La asignación presupuestal se adapta a las prioridades del plan.	100	
				Hay correspondencia entre los programas del presupuesto y los programas del plan.	100	
				Aceptando que existen fuertes restricciones en el manejo del presupuesto ¿la entidad pone el presupuesto al servicio de los resultados establecidos en la planeación institucional?	100	
				Se analizan los resultados de la gestión presupuestal del año anterior y las oportunidades y falencias que se observaron en la misma.	100	
		Anteproyecto de Presupuesto	100,0	Antes de iniciar los procesos en el Sistema Integrado de Información Financiera – SIF Nación, se realizaron las configuraciones que permiten asegurar los insumos necesarios para la ejecución del gasto definiendo ordenador del gasto, distribución y asignación del Programa Anual Mensualizado de Caja PAC y Cupo PAC, además, la desagregación de las apropiaciones necesarias para cada rubro presupuestal.	100	
				Antes de iniciar la ejecución presupuestal, se desagrega el detalle del anexo del Decreto de Liquidación en lo correspondiente a la apropiación de los Gastos de Personal y Gastos Generales y en Inversión cuando el proyecto tenga asociada nómina temporal.	100	
				Durante los tres (3) primeros meses de cada año, se elabora y se aprueba la versión del anteproyecto de presupuesto para la vigencia fiscal siguiente, siguiendo los lineamientos que en la materia expide la	100	

## Autodiagnóstico gestión plan anticorrupción

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
19							Las solicitudes del Certificado de Disponibilidad Presupuestal - CDP tienen firma del ordenador del gasto o quien haga sus veces	100			
20							El jefe de presupuesto o quien haga sus veces, es quien expide el Certificado de Disponibilidad Presupuestal – CDP a través del Sistema Integrado de Información Financiera – SIF Nación	100			
21							Todos los actos administrativos que afecten las apropiaciones presupuestales organización, cuentan con un Certificado de Disponibilidad Presupuestal previo.	100			
22							Todo compromiso presupuestal tiene asociada una cuenta bancaria previamente registrada en el Sistema Integrado de Información Financiera – SIF	100			
23							Se garantiza el cupo de pagos de acuerdo con el Programa Anual Mensualizado de Caja – PAC	100			
24							Se le da el respaldo presupuestal oportunamente y previo a la ejecución de los contratos y actos administrativos que afectan el presupuesto	100			
25					<b>Ejecución Presupuestal</b>	<b>100,0</b>	Se realiza un ejercicio permanente de análisis respecto a si los cupos aprobados son suficientes o están por encima de las necesidades de pagos con el fin de solicitar más cupo o de aplazar los saldos de cupo que no se utilizarán	100			
26							La gestión contractual institucional está documentada en el Manual de Contratación con sujeción al marco legal vigente	100			
27							Teniendo en cuenta que la gestión contractual es transversal a la entidad, además del marco legal que la regula, se tienen en cuenta disposiciones en materia de austeridad en el gasto público y eficiencia en los recursos y gestión ambiental	100			
28							Se registran las obligaciones una vez se han cumplido con los requisitos legales y contractuales	100			
29							Se realizan los pagos con abono a cuenta del beneficiario final	100			
30							Se ordenan los pagos respetando el orden de radicación de los documentos soporte para su pago	100			



## Continuación Autodiagnóstico gestión plan anticorrupción

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
34					<b>Ejercicio Contractual</b>	85,0	La afectación de gastos por concepto de la adquisición de bienes y servicios, está contemplada en el Plan de Adquisiciones de la entidad	100				
35								Se asegura que todas las actuaciones de los servidores que intervienen en la contratación se desarrollen con arreglo a los principios de transparencia, economía y responsabilidad, a los postulados que rigen la función administrativa, a las normas que regulan la conducta de los servidores públicos y a las normas contractuales	100			
36								Se asegura que cada proceso contractual atienda la normativa que regula para cada uno, con el fin de lograr una mayor eficiencia, transparencia y optimización de los recursos del Estado	100			
37								La entidad realiza compras a través de la tienda virtual del Estado Colombiano por Acuerdo Marco de Precios y en Grandes Superficies	10		NO SE REALIZA POR MEDIO DE LA TIENDA VIRTUAL	
38								La política contable tiene como elemento esencial la adopción de criterios homogéneos orientados al establecimiento y desarrollo de procedimientos dirigidos a obtener sistemas y fuentes de información contable	100			
39								La gestión realizada por parte de los responsables de la información financiera garantiza información confiable, completa, razonable y oportuna, en los términos previstos en el Régimen de Contabilidad Pública (RCP), expedido por la Contaduría General de la Nación	100			
40								La información contable es utilizada como instrumento para la toma de decisiones en relación con el control y la optimización de los recursos con que cuenta la organización	100			
43								Se organiza internamente la contabilidad de la organización a través del proceso establecido en el Sistema Integrado de Información Financiera – SIF	100			
44								En el proceso contable se implementa mecanismos de control y verificación de las actividades propias para garantizar que la información económica, financiera, social y ambiental cumpla con las normas conceptuales, técnicas y los procedimientos establecidos en el Régimen de Contabilidad Pública (RCP)	100			
45							<b>Ejercicio Contable</b>	100,0	La información contable impresa y/o en medios magnéticos constituye evidencia de las transacciones, hechos y operaciones efectuadas por la organización	100		
						Los libros de contabilidad, principales y auxiliares, se administran y						

## Autodiagnóstico de gestión política de gobierno digital

AUTODIAGNÓSTICO DE GESTIÓN POLÍTICA DE GOBIERNO DIGITAL		
CALIFICACIÓN TOTAL		
44,9		
ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	AYUDA
<p>Durante el periodo evaluado, la entidad publicó su sitio web oficial, en la sección "transparencia y acceso a la información pública" la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mecanismos para interponer PQRS</li> <li>b. Localización física, sucursales o regionales, horarios y días de atención al público</li> <li>c. Funciones y deberes de la entidad</li> <li>d. Organigrama de la entidad</li> <li>e. Directorio de información de servidores públicos, empleados y contratistas o enlace al SIGEP</li> <li>f. Normatividad general y reglamentaria</li> <li>g. Presupuesto vigente asignado</li> <li>h. Ejecución presupuestal histórica anual</li> <li>i. Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción anual</li> <li>j. Políticas y lineamientos o manuales G1</li> <li>k. Planes estratégicos, sectoriales e institucionales según sea el caso</li> <li>l. Plan anticorrupción y de atención al ciudadano</li> <li>m. Plan de gasto público</li> <li>n. Proyectos de inversión en ejecución</li> <li>o. Mecanismos para la participación en la formulación de políticas</li> <li>p. Informes de gestión, evaluación y auditoría</li> <li>q. Entes de control que vigilan la entidad</li> <li>r. Planes de Mejoramiento (de organismos de control, internos y derivados de ejercicios de rendición de cuentas)</li> <li>s. Publicación de la información contractual (o enlace SECOP)</li> <li>t. Plan Anual de Adquisiciones (PAA)</li> <li>u. Oferta de la entidad (Programas, servicios, trámites y otros procedimientos administrativos inscritos en el SUI)</li> <li>v. Registro de Activos de Información</li> <li>w. Índice de Información Clasificada y Reservada</li> <li>x. Esquema de Publicación de Información</li> <li>y. Programa de Gestión Documental</li> <li>z. Tablas de Retención Documental</li> <li>aa. Políticas de seguridad de la información del sitio web y protección de datos personales</li> </ul>	52	<p>En caso que quiera consultar mayor información sobre las obligaciones relacionadas con esta actividad, consulte las siguientes normas:</p> <p>Anexo 1 - Resolución 3564 de 2015: Reglamenta aspectos relacionados con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública</p> <p>Decreto Reglamentario Único 1081 de 2015: Reglamento sobre la gestión de la información pública</p> <p>Título 9 - Decreto 1078 de 2015: Decreto Único Reglamentario del Sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones</p> <p>Ley 1712 de 2014 - Ley de Transparencia y acceso a la información pública</p> <p>FORMA DE ASIGNAR EL PUNTAJE:</p> <p><b>Entidades nacionales y territoriales:</b> Para obtener el puntaje, divida el número de temas que publicó la entidad la entidad sobre el total de temas que debe publicar (34), enunciados en los literales (a) hasta (ah). Luego, multiplique el resultado por 100.</p> <p>En caso de requerir mayor información sobre esta actividad, consulte:</p>

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política de gobierno digital

H93			
G		H	I
18	Indique el porcentaje de conjuntos de datos abiertos estratégicos publicados respecto del total de conjuntos de datos estratégicos identificados, durante el periodo evaluado	40	<p>Entiéndase estratégico como el conjunto de datos que genera valor (impacto) dentro o fuera de la Entidad.</p> <p>FORMA DE ASIGNAR EL PUNTAJE:  <b>En el caso de las entidades del orden nacional</b>, divida el número datos abiertos estratégicos publicados sobre el total de datos estratégicos identificados, y luego multiplique el resultado por 100. (No use el símbolo % en su respuesta).  <b>En el caso de las entidades del orden territorial</b>, divida el número datos abiertos estratégicos publicados sobre el total de datos estratégicos identificados. Si es mayor a 0 y menor o igual a 0,3 obtiene 50. Si es mayor a 0,3 obtiene 100.</p>
19	Se realizaron publicaciones o aplicaciones a partir de los datos abiertos por la entidad, durante el periodo evaluado	100	<p>Las publicaciones y/o aplicaciones pueden ser generadas a partir del uso de los datos abiertos por la entidad pueden ser generadas por la misma entidad o por otros actores o grupos de interés (academia, centros de investigación, medios de comunicación, empresas, entre otros).</p> <p>FORMA DE ASIGNAR EL PUNTAJE:  <b>Entidades del orden nacional y territorial</b>: Si se realizó una o más publicaciones o aplicaciones a partir de los datos abiertos por la entidad, su puntaje es 100. De lo contrario, es 0.</p>
20	Durante el periodo evaluado se generaron soluciones o insumos para la solución de las problemáticas o necesidades de la entidad ,a partir de las acciones, iniciativas o ejercicios de colaboración con terceros usando medios electrónicos.	80	<p>Para mayor información consulte la Guía de innovación abierta por medios electrónicos, disponible en el siguiente enlace <a href="http://estrategia.gobiernoonlinea.gov.co/623/articles-8250_Guiainnovacion.pdf">http://estrategia.gobiernoonlinea.gov.co/623/articles-8250_Guiainnovacion.pdf</a></p> <p>FORMA DE ASIGNAR EL PUNTAJE:  <b>Entidades del orden nacional y territorial</b>: Si se generó una o más soluciones o insumos que permitieran la solución de las problemáticas o necesidades de la entidad a partir de las acciones, iniciativas o ejercicios de colaboración con terceros, usando medios electrónicos, el puntaje de la entidad es 100. De lo contrario, es 0.</p>
	Indique el porcentaje de ejercicios, iniciativas o acciones de participación que realizó la Entidad con la ciudadanía, usuarios o grupos de interés utilizando medios electrónicos para la consulta o toma de decisiones, respecto del total de ejercicios, iniciativas o acciones de participación que ha realizado la Entidad con la ciudadanía, usuarios o grupos de interés, durante el periodo evaluado.	40	<p>Entiéndase iniciativa, ejercicio o acciones de participación como las actividades el involucramiento de los usuarios, ciudadanos y grupos de interés en las etapas de la gestión pública: planeación, ejecución, seguimiento y mejora.</p> <p>Para mayor información consulte la Guía desarrollo ejercicios de participación, disponible en el siguiente enlace: <a href="http://estrategia.gobiernoonlinea.gov.co/623/articles-8249_anexo_ejercicios.pdf">http://estrategia.gobiernoonlinea.gov.co/623/articles-8249_anexo_ejercicios.pdf</a></p> <p>FORMA DE ASIGNAR EL PUNTAJE:  Para obtener el puntaje de la entidad en esta actividad, divida el número ejercicios, iniciativas o acciones de participación que ha realizado la Entidad con la ciudadanía, usuarios o grupos de interés utilizando medios electrónicos para la consulta o toma de decisiones sobre el total de ejercicios, iniciativas o acciones de participación que ha realizado la Entidad con la ciudadanía, usuarios o grupos de interés, y luego multiplique el resultado por 100. (No use el símbolo % en</p>

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política de gobierno digital

H93			
	G	H	I
34	<p>La entidad incluyó en el PETI:</p> <p>a. El portafolio o mapa de ruta de los proyectos</p> <p>b. La proyección del presupuesto,</p> <p>c. El entendimiento estratégico,</p> <p>d. El análisis de la situación actual,</p> <p>e. El plan de comunicaciones del PETI</p> <p>f. Todos los dominios del Marco de Referencia.</p>	65	<p>Se refiere a los ítems que debe tenerse en cuenta para la elaboración del PETI, los cuales pueden ser consultados en la guía G.ES.06 Guía Estructura PETI del Marco de Referencia de AE para la Gestión de TI, disponible en el siguiente enlace: <a href="http://www.mintic.gov.co/arquitecturati/630/w3-article-15031.html">http://www.mintic.gov.co/arquitecturati/630/w3-article-15031.html</a></p> <p>FORMA DE ASIGNAR EL PUNTAJE:</p> <p><b>Entidades del orden nacional y territorial:</b> Para obtener el puntaje, divida el número de opciones de respuesta que tiene el PETI sobre el total de opciones de respuesta (6) indicados en los literales (a) hasta (f), y luego multiplique el resultado por 100. Si la entidad no tiene PETI o tiene PETI pero éste no incluye ninguna de las opciones de respuesta, tiene 0.</p>
35	<p>Seleccione las actividades realizadas por la entidad en materia de monitoreo de la Estrategia de Gobierno en línea:</p> <p>a. Definición de indicadores de seguimiento y evaluación del PETI</p> <p>b. Medición de indicadores del PETI</p> <p>c. Formulación de acciones de mejora a partir de la medición de indicadores de seguimiento y evaluación del PETI</p>	10	<p>Hace referencia a la gestión de indicadores de cumplimiento de la Estrategia de TI definida en el PETI. Para determinar el nivel de avance y cumplimiento de las metas definida en el PETI</p> <p>En caso de requerir mayor información, consulte la Guía de Indicadores del dominio de Estrategia del Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial para la Gestión de TI del Estado, disponible en el siguiente enlace: <a href="http://www.mintic.gov.co/arquitecturati/630/articles-8827_indicadores.pdf">http://www.mintic.gov.co/arquitecturati/630/articles-8827_indicadores.pdf</a></p> <p>FORMA DE ASIGNAR EL PUNTAJE:</p> <p><b>Entidades del orden nacional y territorial:</b> Si la entidad definió indicadores de seguimiento y evaluación del PETI, obtiene un puntaje de 30. Si definió indicadores de seguimiento y evaluación del PETI y realizó la medición de dicho indicadores, obtiene un puntaje de 60. Si definió indicadores de seguimiento y evaluación del PETI, realizó medición de dichos indicadores y generó acciones de mejora a partir de los resultados de la medición, obtiene 100. En cualquier caso contrario, obtiene 0.</p>
36	<p>En relación con el catálogo de servicios de TI, la Entidad:</p> <p>a. Lo tiene y está actualizado</p> <p>b. Lo tiene y no está actualizado</p> <p>c. No lo tiene o se encuentra en proceso de construcción</p>	50	<p>Entiéndase actualizado si está vigente.</p> <p>El Catálogo de Servicios de TI es un inventario detallado y documentado de los servicios de TI que la institución tiene implementados y que se encuentran activos, incluyendo los que están disponibles para ser desplegados. El catálogo de servicios de TI es el subconjunto del portafolio de servicios publicado para los usuarios internos y externos.</p> <p>Para mayor información, consultar la guía G.ES.04 Guía para la definición del portafolio de servicios de TI del Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial para la Gestión de TI., disponible en el siguiente enlace: <a href="http://www.mintic.gov.co/arquitecturati/630/w3-article-9482.html">http://www.mintic.gov.co/arquitecturati/630/w3-article-9482.html</a></p> <p>FORMA DE ASIGNAR EL PUNTAJE:</p> <p><b>Entidades del orden nacional y territorial:</b> Si la entidad elaboró y actualizó el catálogo de servicios de TI, obtiene un puntaje 100. Si lo elaboró pero no está actualizado obtiene 50. Si no elaboró el catálogo o se encuentra en proceso de construcción, obtiene 0.</p>
	<p>Con respecto a Arquitectura Empresarial la Entidad:</p> <p>a. Realizó ejercicios de arquitectura empresarial de toda la entidad.</p> <p>b. Realizó ejercicios de arquitectura empresarial a nivel de un proceso o más procesos de la entidad.</p>	40	<p>Un ejercicio de Arquitectura Empresarial es una práctica estratégica que consiste en analizar integralmente las entidades desde diferentes perspectivas o dimensiones, con el propósito de obtener, evaluar y diagnosticar su estado actual y establecer la transformación necesaria. El objetivo es generar valor a través de las Tecnologías de la Información para que se ayude a materializar la visión de la entidad. Una arquitectura se descompone en varias estructuras o dimensiones para facilitar su estudio. En el caso colombiano, se plantea la realización de la arquitectura misional o de negocio y la definición de la arquitectura de TI, cuya descomposición se hizo en seis dominios: Estrategia de TI, Gobierno de TI, Información, Sistemas de Información, Servicios Tecnológicos y Uso y Apropiación.</p> <p>Para mayor información consultar la guía G.GEN.03. Guía General de un Proceso de AE del Marco de Referencia de</p>

## Autodiagnóstico de gestión política defensa jurídica

AUTODIAGNÓSTICO DE GESTIÓN POLÍTICA DEFENSA JURÍDICA						
ENTIDAD				CALIFICACIÓN TOTAL		
				60,3		
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
				La entidad ha integrado un comité de conciliación conformado por funcionarios de nivel directivo designados para el efecto, de acuerdo con lo previsto en la Ley 23 de 1991, modificada por la Ley 446 de 1998 y para el caso de los municipios de 4a, 5a y 6a categoría según la Ley 1551 de 2012	100	
				El Comité de Conciliación está constituido por los siguiente los funcionarios con derecho a voz y voto: (i) jefe, director, gerente, presidente o representante legal o su delegado; (ii) el ordenador del gasto o quien haga sus veces; (iii) el jefe de la oficina jurídica o de la oficina encargada de la defensa de los intereses litigiosos de la entidad, o en el Departamento Administrativo de la Presidencia de la República, concurrirá el Secretario Jurídico o su delegado; y (iv) dos funcionarios de dirección o de confianza que se designen conforme a la estructura orgánica de cada ente.	100	ESTÁ CONFORMADA POR GERENTE Y SUBGERENTE, CONTADOR Y ASESOR JURÍDICO
				Los funcionarios designados ha sido comunicados como integrantes del mismo y es de conocimiento de los demás funcionarios de la entidad quienes conforman el comité de conciliación.	100	
				El Comité de Conciliación seleccionó un secretario técnico abogado y está vinculado a la planta de personal con dedicación exclusiva	85	EL SECRETARIO ES EL SUBGERENTE
				El Comité de Conciliación solicitó la designación de secretario técnico del Comité, mediante acto administrativo, con alusión expresa a la dedicación exclusiva y suscrito por el representante legal.		NO APLICA- RESOLUCIÓN DEL COMITÉ
				La secretaria técnica del comité de conciliación cuenta con un grupo o equipo de apoyo de abogados debidamente formalizados	100	
		<b>Planeación</b>	<b>90,4</b>			

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política defensa jurídica

	AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K
22		<b>Actuaciones Prejudiciales</b>	<b>86,0</b>	<b>Ejecución</b>	<b>82,1</b>	El comité de conciliación sesiona como mínimo dos (2) veces al mes o cada vez que se requiere.	100	CADA 3 MESES Y CASOS EXTRAORDINARIOS		
23	Los comités de conciliación invitan a sus sesiones a la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado con derecho a voz y voto, cuando lo estime conveniente tanto la entidad como la Agencia.						NO SE REQUIERE POR DISPOSICIÓN LEGAL			
24	El comité de conciliación decide como máximo en un término de quince (15) días contados a partir del momento en que reciban la solicitud de conciliación.					100				
25	Los apoderados de los casos tienen los documentos necesarios que les permitan elaborar las fichas de estudio para el llamamiento en garantía con fines de repetición. Los documentos básicos son: copia del fallo, y pago de la condena, de la conciliación o de cualquier otro crédito derivado de la responsabilidad patrimonial de la entidad.					100	ADEMÁS DE LA CERTIFICACIÓN DE PAGO			
26	El secretario técnico elabora las actas de cada sesión del comité debidamente, suscrita por el presidente y el secretario que haya asistido, dentro de los cinco (5) días siguientes a la correspondiente sesión.					100				
27	El comité de conciliación tiene un estudio de casos reiterados, adicionalmente lo actualiza semestralmente.					85	AN CERRANDO LOS CASOS, Y SE ARCHIVAN			
28	El Comité de Conciliación otorga prioridad a las solicitudes de conciliación provenientes de entidades públicas					90	NO SE PRIORIZA			
29	La entidad realiza los estudios y evaluación de sus procesos anualmente, dentro del primer trimestre siguiente a la vigencia del año inmediatamente anterior.					100				
30	El Comité de Conciliación efectúa un seguimiento permanente a la gestión del apoderado externo sobre los procesos que se le hayan asignado					100				
										El secretario técnico prepara un informe de la gestión del comité y de la ejecución de sus decisiones, que se entrega al representante legal de la entidad y a los miembros

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política defensa jurídica

L5										
AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
44	<b>Defensa Judicial</b>	<b>56,7</b>	<b>Planeación</b>	<b>40,0</b>	La entidad capacita y mantiene actualizados a los abogados, especialmente en lo que se refiere a las competencias de actuación en los procesos orales y en los nuevos cambios normativos.	<b>10</b>				
45						En los procedimientos del área de defensa judicial están definidos los roles y funciones de la gestión documental	<b>10</b>			
46						El área jurídica de la entidad cuenta con procedimientos para gestionar prestamos y consultas a documentos que forman parte de las pruebas que están ubicados en otras áreas de la entidad.	<b>10</b>			
47						En la entidad establece protocolos internos de manejo de archivos con el fin de facilitar a los apoderados la consecución de los antecedentes administrativos, para poder allegarlos en tiempo a los procesos judiciales.	<b>10</b>			
48						Los procesos y procedimientos asociados a la defensa jurídica se encuentran en constante actualización, teniendo en cuenta nueva normatividad, nuevas formas de operación y propuestas de optimización.	<b>100</b>			
49					<b>Ejecución</b>	<b>100,0</b>	El comité de conciliación en la formulación de estrategias de defensa se focaliza en la reiteración, la complejidad de los casos y el impacto del caso en términos de pretensiones, posibilidad de éxito, visibilidad ante los medios de comunicación, entre otros.	<b>100</b>		
50							La entidad tiene en consideración los lineamientos de fortalecimiento de la defensa expedidos por la ANDJE, aplica las líneas jurisprudenciales que ha contruido la la ANDJE y las que ellos mismos realizan, en el fortalecimiento de la defensa.	<b>100</b>		
51							La entidad cumple con la ejecución de todas las etapas y actuaciones procesales en cada caso	<b>100</b>		
52							La entidad cuenta con un repositorio actualizado de los casos que lleva	<b>100</b>		
							En la entidad reposa en copia física y/o magnética, todo lo respectivo al trámite de los procesos judiciales. Adicional a ello se registran las actuaciones y decisiones de cada proceso en el Sistema Único de Gestión de Formación Litigiosa del Estado	<b>50</b>		No se registran las actuaciones y decisiones de cada proceso en el

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política defensa jurídica

187		NO SE REPORTA PORQUE NO SE HAN PRESENTADO CASOS								
AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
81		37,3	Planeación	66,7	El comité de conciliación se constituye en una instancia administrativa que deberá actuar como sede de estudio, análisis y formulación de políticas sobre prevención del daño antijurídico	100				
82					La secretaría técnica del comité proyecta y somete a consideración del comité la información que este requiera para la formulación y diseño de políticas de prevención del daño antijurídico de la entidad	100				
83					La entidad cuenta con una política pública de prevención del daño antijurídico.	80	NO SE HAN PRESENTADO CASOS			
84					La política pública de prevención del daño antijurídico fue ajustada por el secretario técnico y aprobada por el Comité de Conciliación mediante acta.	10	NO SE HAN PRESENTADO CASOS			
85					Las causas generales formuladas en la política de prevención del daño antijurídico están expresadas de acuerdo a la parametrización de causas contenidas en el sistema de información e- kogui.	10				
86					El área identifica los riesgos inherentes al ciclo de defensa jurídica y realiza la valoración de impacto y probabilidad así como los controles y planes de mitigación de riesgos	100				
87	Prevención del daño antijurídico				Ejecución	21,66666667	La entidad envía en febrero de cada año a la ANDJE, el número de nuevas demandas radicadas en contra de la entidad por las causas primarias incluidas en sus políticas de prevención del daño antijurídico, permitiendo identificar si hay una reducción en la litigiosidad de las entidades a nivel de las causas primarias señaladas en sus políticas de prevención.	80	NO SE REPORTA PORQUE NO SE HAN PRESENTADO CASOS	
88							La entidad implementa el plan de acción de su política de prevención del daño antijurídico dentro del año calendario (enero-diciembre) para el cual fue diseñado,	10	NO EXISTE PLAN	
89							La entidad implementa el plan de acción de su política de prevención del daño antijurídico dentro del año calendario (enero-diciembre) para el cual fue diseñado,	10	NO EXISTE PLAN	
								La entidad ha adoptado procesos y/o procedimientos internos específicos para la	10	



## Autodiagnóstico de servicio al ciudadano

AUTODIAGNÓSTICO DE SERVICIO AL CIUDADANO						
ENTIDAD			CALIFICACIÓN TOTAL			
			77,6			
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
		Caracterización usuarios y medición de percepción	83,3	La entidad ha realizado caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés atendidos	80	SE REALIZAN INFORMES EN BASE A LAS ENCUESTAS QUE SE APLICAN A LOS USUARIOS Y SE REALIZA SEGUIMIENTO
				La entidad determina, recopila y analiza los datos sobre la percepción del cliente o usuario, con respecto a los productos o servicios ofrecidos y si estos cumplen sus expectativas.	70	SE REALIZAN ENCUESTAS PERO NO SE LE HA HECHO UN SEGUIMIENTO
				La entidad determina, recopila y analiza los datos sobre la percepción del cliente o usuario, con respecto a los trámites y procedimientos de cara al ciudadano.	100	
		Formalidad de la dependencia o área	77,5	La entidad cuenta con una dependencia o área formal encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen.	100	
				La dependencia de Servicio al Ciudadano es la encargada de dar orientación sobre los trámites y servicios de la entidad.	100	
				La política de Transparencia, Participación y Servicio al Ciudadano se incluye en el Plan Estratégico Sectorial y en el Plan Estratégico Institucional.	100	
				En el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo se incluyen temas relacionados con Servicio al Ciudadano.	10	NO EXISTE DICHO COMITÉ
		Procesos	35,0	La entidad cuenta con procesos o procedimientos de servicio al ciudadano documentados e implementados (peticiones, quejas, reclamos y denuncias, trámites y servicios)	30	NO ESTÁ ACTUALIZADO
				La entidad aplica el procedimiento para las peticiones incompletas	40	SE PRESENTAN PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS PERO UNOS LLEGAN A GERENCIA Y OTROS A LA OFICINA DE
				La entidad efectúa ajustes razonables para garantizar la accesibilidad a los espacios físicos conforme a lo establecido en la NTC 6047	100	

## Continuación Autodiagnóstico de servicio al ciudadano

G5		CALIFICACIÓN TOTAL								
AE	C	D	E	F	G	H	I	J	K	
19					La entidad efectúa ajustes razonables para garantizar la accesibilidad a los espacios físicos conforme a lo establecido en la NTC 6047	100				
20			Atención incluyente y accesibilidad	88,0	La entidad implementa acciones para garantizar una atención accesible, contemplando las necesidades de la población con discapacidades como: - Visual - Auditiva - Cognitiva - Mental - Sordoceguera - Múltiple - Física o motora	50	NO SE HA HECHO LA IMPLEMENTACION EJM: LA DOCUMENTACION QUE SE PRESENTE PARA PERSONAS EXTRANJERAS, PERSONAS CON DIFICULTAD VISUAL			
21					La entidad incluyó dentro de su plan de desarrollo o plan institucional, acciones para garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad a los servicios que ofrece	100				
22					La entidad cuenta con mecanismos de atención especial y preferente para infantes, personas en situación de discapacidad, embarazadas, niños, niñas, adolescentes, adulto mayor y veterano de la fuerza pública y en general de personas en estado de indefensión u o de debilidad	90	SE TIENE ESTABLECIDO DENTRO DE LOS MANUALES GUIAS Y PROTOCOLES Y SE DESARROLLA MEDIANTE PUP			
23					La entidad incorpora en su presupuesto recursos destinados para garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad a los servicios que ofrece	100				
24			Sistemas de información	71,3	La entidad cuenta con un sistema de información para el registro ordenado y la gestión de peticiones, quejas, reclamos y denuncias	85	BUZONES, ENCUESTAS Y POR MEDIO DEL CONSECUATIVO EN EXCEL SE DA RESPUESTA- ENCUESTAS			
25						El sistema de información para el registro ordenado y la gestión de peticiones, quejas, reclamos y denuncias incorpora los siguientes criterios: - Existe un responsable(s) de la administración del Sistema La entidad habilitó consulta en línea de bases de datos con información relevante para el ciudadano	100			
26						La entidad organiza su información, trámites y servicios a través de ventanillas únicas virtuales	90	SE TIENE DISPONIBILIDAD EN LA PAGINA WEB INSTITUCIONAL DONDE SE CARGA INFORMACIÓN DE INTERÉS GENERAL		
27							La entidad publica la siguiente información en lugares visibles (diferentes al medio electrónico) y de fácil acceso al ciudadano: - Localización física de sede central y sucursales o regionales - Horarios de atención de sede central y sucursales o regionales	10		
28			Publicación de información	96,3	La entidad publicó en su sitio web oficial, en la sección de transparencia y acceso a la información pública: - Mecanismos para la atención al ciudadano	100				
29						- Localización física, sucursales o regionales, horarios y días de atención El sitio web cuenta con información dirigida a diferentes grupos de	100			

## Continuación Autodiagnóstico de servicio al ciudadano

G5		CALIFICACIÓN TOTAL							
AE	C	D	E	F	G	H	I	J	K
32	Servicio al Ciudadano	77,6	Canales de atención	79,3	La entidad cuenta con los canales y/o espacios suficientes y adecuados para interactuar con ciudadanos, usuarios o grupos de interés.	85	LINEAS MOVILES, PAGINA WEB		
33					La entidad ha implementado protocolos de servicio en todos los canales dispuestos para la atención ciudadana	20	NO ESTÁ ACTUALIZADO		
34					La entidad garantiza atención por lo menos durante 40 horas a la semana	100			
35					La entidad tiene establecido un sistema de turnos acorde con las necesidades del servicio	80	ATENCIÓN CON EL HORARIO		
36					La entidad publica y mantiene actualizada la carta de trato digno al usuario, en la que se indiquen sus derechos y los medios dispuestos para garantizarlos.	90	DECLARACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES		
37					La entidad dispone de oficinas o ventanillas únicas en donde se realice la totalidad de la actuación administrativa que implique la presencia del petitionerio	90	SE CUENTA CON LA OFICINA DE SIAU (SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO)		
38					La entidad dispone de oficinas o ventanillas únicas en donde se realice la totalidad de la actuación administrativa que implique la presencia del petitionerio	90	SE CUENTA CON LA OFICINA DE SIAU (SERVICIO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO)		
39			Protección de datos personales	85,0	La entidad cuenta con una política de tratamiento de datos personales, y tiene establecidos lineamientos para la protección y conservación de datos personales.	100			
40					La entidad divulga su política de tratamiento de datos personales mediante aviso de privacidad, en su página web y personalmente al titular en el momento de la recolección de los datos.	10			
41					La entidad cuenta con la autorización del ciudadano para la recolección de los datos personales	100			
42					La entidad permite al titular de la información, conocer en cualquier momento la información que exista sobre él en sus bancos de datos.	100	DEPENDENCIA DE ESTADÍSTICA		
43					La entidad conserva la información bajo condiciones de seguridad para impedir su adulteración, pérdida, consulta, uso o acceso no autorizado o fraudulento.	100			
44					La entidad procede a la supresión de los datos personales una vez cumplida la finalidad del tratamiento de los mismos.	100			
							La entidad definió y publicó un recllamento interno para la gestión de las		

## Continuación Autodiagnóstico de servicio al ciudadano

G5		CALIFICACIÓN TOTAL							
AE	C	D	E	F	G	H	I	J	K
45					La entidad definió y publicó un reglamento interno para la gestión de las peticiones y quejas recibidas	10			
46					La entidad informó a los ciudadanos los mecanismos a través de los cuales pueden hacer seguimiento a sus peticiones	50	SI SE LES INFORMA, PERO NO HAY UN REGLAMENTO		
47					La entidad cuenta con un formulario en su página 'web para la recepción de peticiones, quejas, reclamos y denuncias	90	EXISTE UN FORMULARIO EN EL QUE SE DILIGENCIAN LOS DATOS PERSONALES Y EXISTE UN CAMPO LIBRE		
48					La entidad actualizó su reglamento de peticiones, quejas y reclamos, lineamientos para la atención y gestión de peticiones verbales en lenguas nativas, de acuerdo con el decreto 1166 de 2016.	10			
49					La entidad dispone de mecanismos para recibir y tramitar las peticiones interpuestas en lenguas nativas o dialectos oficiales de Colombia, diferentes al español.	10			
50					La entidad cuenta con mecanismos para dar prioridad a las peticiones relacionadas con: - El reconocimiento de un derecho fundamental - Peticiones presentadas por menores de edad En caso de desistimiento tácito de una petición, la entidad expide el acto administrativo a través del cual se decreta dicha situación	100	NO SE HAN PRESENTADO		
51				Gestión de PQRS	63,6	100			
52					La entidad elabora informes de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias con una frecuencia trimestral o mayor.	100	MENSUALMENTE Y CONSOLIDADO A LA SECRETERÍA DE SALUD TRIMESTRAL		
53					La entidad incluye en sus informes de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, los siguientes elementos de análisis: - Recomendaciones de la entidad sobre los trámites y servicios con mayor número de quejas y reclamos - Recomendaciones de los particulares dirigidas a mejorar el servicio que preste la entidad - Recomendaciones de los particulares dirigidas a incentivar la participación en la gestión pública - Recomendaciones de los particulares dirigidas a racionalizar el empleo de los recursos disponibles	80	ESTÁ PLASMADO EN EL INFORME TRIMESTRAL- NO SE DOCUMENTA		
54					La entidad cumple con los términos legales para responder las peticiones y consultas	50	NO SE CUMPLE CON EL TÉRMINO DE CONTESTACIÓN AL USUARIO		
55					La entidad da trámite a las peticiones anónimas	100	SE FIJAN 15 DÍAS EN CARTELERIA, PASADOS ESTOS DÍAS SI NO SE RECONOCE EL PROPIETARIO		
					La entidad cuenta con mecanismos de evaluación periódica del desempeño de sus servidores en torno al servicio al ciudadano	100			

## Continuación Autodiagnóstico de servicio al ciudadano

G5		CALIFICACIÓN TOTAL									
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
53						La entidad incluye en sus informes de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias, los siguientes elementos de análisis: - Recomendaciones de la entidad sobre los trámites y servicios con mayor número de quejas y reclamos - Recomendaciones de los particulares dirigidas a mejorar el servicio que preste la entidad - Recomendaciones de los particulares dirigidas a incentivar la participación en la gestión pública - Recomendaciones de los particulares dirigidas a racionalizar el empleo de los recursos disponibles	80	ESTÁ PLASMADO EN EL INFORME TRIMESTRAL- NO SE DOCUMENTA			
54						La entidad cumple con los términos legales para responder las peticiones y consultas	50	NO SE CUMPLE CON EL TÉRMINO DE CONTESTACIÓN AL USUARIO			
55						La entidad da trámite a las peticiones anónimas	100	SE FIJAN 15 DÍAS EN CARTELERA, PASADOS ESTOS DÍAS SI NO SE RECONOCE EL PROPIETARIO			
56				Gestión del talento humano	100,0	La entidad cuenta con mecanismos de evaluación periódica del desempeño de sus servidores en torno al servicio al ciudadano	100				
57						Dentro de los temas que se incluyeron en el Plan Institucional de Capacitación de la vigencia, se tuvo en cuenta todo lo relacionado con la política de servicio al ciudadano	100				
58				Control	100,0	La Oficina de Control Interno vigila que la dependencia de servicio al ciudadano, preste atención al ciudadano de acuerdo con las normas legales vigentes	100				
59						La Oficina de Control realiza un informe semestral sobre el cumplimiento de las obligaciones legales por parte de la dependencia de servicio al ciudadano	100				
60						La entidad atiende en jornada continua	100	SE TIENE SERVICIO DE ATENCIÓN ADMINISTRATIVA Y DE SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA DE 8 A 5			
61				Buenas prácticas	70,0	La entidad atiende en horarios adicionales	100	CUANDO SE REQUIERE SI SE PRESTA LA ATENCIÓN			
62						La entidad ofreció la posibilidad de realizar peticiones, quejas, reclamos y denuncias a través de dispositivos móviles	10	SE TIENE PLANTEADA LA POSIBILIDAD DE REALIZAR PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS POR ESTE MEDIO			
63											
64											
67											

## Autodiagnóstico de gestión de trámites

AUTODIAGNÓSTICO DE GESTIÓN TRÁMITES						
ENTIDAD				CALIFICACIÓN TOTAL		
				61,0		
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
Portafolio de oferta institucional (trámites y otros procedimientos administrativos) identificado y difundido	53,0	Construir el inventario de trámites y otros procedimientos administrativos	78,0	Revisar información sobre misión, funciones, procesos misionales, y sobre los productos que resultan de la ejecución de los procesos y que están dirigidos a los ciudadanos o grupos de valor de la entidad.	100	
				Identificar las dependencias responsables de la entrega de dichos productos, la normativa asociada, los requisitos que se solicitan a los usuarios para acceder, los puntos de atención en donde se prestan al usuario y los horarios de atención.	100	
				Revisar si los productos identificados corresponden a trámites (verificar cumplimiento de las siguientes características): inician por la solicitud del usuario, tienen soporte normativo, el solicitante ejerce un derecho o cumple con una obligación y son oponibles o demandables por el usuario.	100	
				Revisar si los productos identificados corresponden a procedimientos administrativos (verificar el cumplimiento de las siguientes características): están asociados a un trámite, su realización no es obligatoria para el usuario.	80	
		Revise la información que está cargada en el SUIT para identificar si los trámites y otros procedimientos que se encuentran registrados siguen siendo vigentes para la entidad	10			
		Registrar y actualizar trámites y otros procedimientos administrativos en el SUIT	10,0		Revisar si la totalidad de los trámites y otros procedimientos administrativos identificados en el inventario se encuentran registrados en el SUIT Si los trámites y otros procedimientos identificados en el inventario no están registrados y su norma de creación es posterior al año 2005, presente a Función Pública la solicitud de aprobación del trámite con la Manifestación de Impacto Regulatorio Registrar los trámites y otros procedimientos administrativos en el	10

## Continuación Autodiagnóstico de gestión de trámites

	AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K		
20			87,1	Identificar trámites de alto impacto y priorizar	87,1	Analizar los trámites con mayor frecuencia de solicitud o volúmenes de atención	100	CADA DEPENDENCIA ATIENDE LOS TRAMITES PERTINENTES				
21									Analizar los trámites con mayor tiempo de respuesta por parte de la entidad	100		
22									Identificar trámites que facilitan la implementación del Acuerdo de Paz	10		
23									Identificar trámites que están relacionados con las metas de los Planes de Desarrollo (nacionales o territoriales)	100	LOS TRAMITES SE HACEN CON INDEPENDENCIA	
24									Identificar los trámites que estarán incluidos dentro de los Centros Integrados de Servicio al Ciudadano	100		
25									Identificar los trámites que hacen parte de la Ruta de la Excelencia o Mapa de ruta que adelanta el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - DNP y Función Pública	100		
26									Identificar los trámites que están relacionados con los indicadores de Doing Business	10		
27									Identificar los trámites con mayor cantidad de quejas, reclamos y denuncias de los ciudadanos	100		
28									Identificar los trámites que requieren mayor atención en razón a su complejidad, costos y afectación de la competitividad, de conformidad con las encuestas aplicadas sobre percepción del servicio a los ciudadanos	100		
29									Analizar e identificar los trámites de la entidad que fueron objeto de observación por parte de las auditorías externas	100		
30									Identificar los trámites de mayor tarifa para los usuarios	100		
31									Consultar a la ciudadanía sobre cuáles son los trámites más engorrosos, complejos, costosos, que afectan la competitividad, etc.	100		
32									Identificar los trámites que generan mayores costos internos en su ejecución para la entidad	100		
33									Con base en el análisis de todas las variables anteriores priorice el conjunto de trámites a racionalizar en la vigencia	100	REALIZAR EL LISTADO PERTINENTE	
						Formular la estrategia de racionalización de trámites cumpliendo con						

## Continuación Autodiagnóstico de gestión de trámites

C44		Resultados de la racionalización cuantificados y difundidos							
AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K
34	<b>Estrategia de racionalización de trámites formulada e implementada</b>	42,0	Formular la estrategia de racionalización de trámites	30,0	Formular la estrategia de racionalización de trámites cumpliendo con los parámetros establecidos por la política de racionalización de trámites	50	NO ESTÁ DOCUMENTADO		
35					Registrar en el Sistema Único de Información de Trámites - SUIT la estrategia de racionalización de trámites	10			
36			Implementar acciones de racionalización normativas	23,3	Ajustar actos administrativos reglamentarios de trámites	50	NO ESTÁ DOCUMENTADO		
37					Poner a consulta de la ciudadanía los actos administrativos que modifican los trámites, siguiendo los lineamientos del Decreto 270 de 2017	10			
38					Expedir los actos administrativos que modifican trámites	10			
39					Implementar mejoras en los procesos que soportan la entrega de productos y/o servicios, teniendo en cuenta los recursos con los que cuenta la entidad y los resultados de la consulta ciudadana, los asociados a los trámites y otros procedimientos administrativos.	50,0	50	NO ESTÁ DOCUMENTADO	
40			Implementar acciones de racionalización administrativas	50,0	Ampliar cobertura y accesibilidad de los canales de servicio para la prestación de los trámites	50	IMPLEMENTAR MÁS CANALES		
41					Implementar mejoras tecnológicas en la prestación del trámite	80	FALTAN MEJORAS EN MATERIA TECNOLÓGICA PARA		
42					Garantizar accesibilidad y usabilidad de los trámites en línea	10			
43			<b>Resultados de la racionalización cuantificados y difundidos</b>	58,0	Cuantificar el impacto de las acciones de racionalización para divulgarlos a la ciudadanía	58,0	Implementar herramientas o mecanismos para compartir información entre sistemas de información o entre entidades	100	
44	Diligenciar datos de operación de los trámites y otros procedimientos en el SUIT	10							
45	Implementar mecanismos que permitan cuantificar los beneficios de la racionalización hacia los usuarios, en términos de reducciones de costos, tiempos, requisitos, interacciones con la entidad y desplazamientos	80					FALTAN MAS MECANISMOS		
46	Medir y evaluar la disminución de tramitadores y/o terceros que se benefician de los usuarios del trámite.	100					NO HAY TRAMITADORES EXISTE UNA PERSONA QUIEN REALIZA LA LABOR		
					Medir y evaluar la disminución de las actuaciones de corrupción que		FALTAN AUDITORIAS PARA		



## Continuación Autodiagnóstico de gestión de trámites

C44		Resultados de la racionalización cuantificados y difundidos											
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K			
40			de racionalización administrativas		30,0	Ampliar cobertura y accesibilidad de los canales de servicio para la prestación de los trámites	50	IMPLEMENTAR MÁS CANALES					
41				Implementar acciones de racionalización que incorporen el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones	63,3	Implementar mejoras tecnológicas en la prestación del trámite	80	FALTAN MEJORAS EN MATERIA TECNOLÓGICA PARA					
42						Garantizar accesibilidad y usabilidad de los trámites en línea	10						
43						Implementar herramientas o mecanismos para compartir información entre sistemas de información o entre entidades	100						
44		<b>Resultados de la racionalización cuantificados y difundidos</b>	47,1	Cuantificar el impacto de las acciones de racionalización para divulgarlos a la ciudadanía	58,0	Diligenciar datos de operación de los trámites y otros procedimientos en el SUIIT	10						
45									Implementar mecanismos que permitan cuantificar los beneficios de la racionalización hacia los usuarios, en términos de reducciones de costos, tiempos, requisitos, interacciones con la entidad y desplazamientos	80	FALTAN MAS MECANISMOS		
46									Medir y evaluar la disminución de tramitadores y/o terceros que se beneficien de los usuarios del trámite.	100	NO HAY TRAMITADORES EXISTE UNA PERSONA QUIEN REALIZA LA LABOR		
47									Medir y evaluar la disminución de las actuaciones de corrupción que se puedan estar presentando.	80	FALTAN AUDITORIAS PARA EVALUAR DICHOS ACTOS		
48									Realizar campañas de difusión sobre los beneficios que obtienen los usuarios con las mejoras realizadas al(los) trámite(s)	20			
49								Realizar campañas de apropiación de las mejoras internas y externas	20,0	Realizar campañas de difusión y estrategias que busquen la apropiación de las mejoras de los trámites en los servidores públicos de la entidad responsables de su implementación	20		
50						Realizar campañas de difusión y apropiación de las mejoras de los trámites para los usuarios	20						
51													
52													
53													
54													
55													

## Autodiagnóstico de gestión política de participación ciudadana

AUTODIAGNÓSTICO DE GESTIÓN POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA						
ENTIDAD			CALIFICACIÓN TOTAL			
			45,8			
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
		Realizar el diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la entidad	59,0	A partir de los resultados de FURAG identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la participación en la implementación de la Política de Participación Ciudadana, individualizándolas en cada uno de los ciclos de la gestión (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación)	60	
				A partir de los resultados de la evaluación de la oficina de control interno sobre el plan de participación, identificar y documentar las debilidades y fortalezas en la implementación de la Política de Participación Ciudadana, individualizándolas por cada uno de los ciclos de la gestión (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación)	10	
				Validar con las áreas misionales y de apoyo si los grupos de ciudadanos, usuarios, o grupos de interés con los que trabajó en la vigencia anterior atienden a la caracterización, y clasifique la participación de dichos grupos en cada una de las fases del ciclo de la gestión (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación)	40	
				Diagnosticar si los canales espaciales, mecanismos y medios (presenciales y electrónicos) que empleó la entidad para promover la participación ciudadana son idóneos de acuerdo con la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés.	85	CONVOCACIÓN POR DIFERENTES MEDIOS
				Socializar los resultados del diagnóstico de la política de participación ciudadana al interior de la entidad.	100	

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política de participación ciudadana

A15									
AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K
16	Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación ciudadana	60,8	Construir el Plan de participación. Paso 1. Identificación de actividades que involucran procesos de participación	92,0	Identificar en conjunto con las áreas misionales y de apoyo a la gestión, las metas y actividades que cada área realizará en las cuales tiene programado o debe involucrar a los ciudadanos, usuarios o grupos de interés caracterizados.	100	SE CUENTA CON UN PLAN DE ACCIÓN PARA PROCESOS DE SALUD PÚBLICA CON PARTICIPACIÓN CIUDADANA		
17					De las actividades ya identificadas determinar cuáles corresponden a participación en las fases del ciclo de la gestión y clasificarlas en cada una de ellas. (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación y evaluación de políticas, planes, programas o proyectos.)	95	DENTRO DE LOS EJES ESTABLECIDOS SE ENCUENTRAN: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL PARA LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN.		
18					De las actividades de participación ya identificadas, clasifique cuáles de ellas, se realizarán con instancias de participación legalmente conformadas y cuáles son otros espacios de participación.	95	DENTRO DE LO ESTABLECIDO EN EL PLAN SE ENCUENTRA LA META DE LAS LINEAS DE ACCIÓN		
19					Verificar si todos los grupos de valor están contemplados en al menos una de las actividades de participación ya identificadas. En caso de que no estén contemplados todos los grupos de valor, determine otras actividades en las cuales pueda involucrarlos.	70	FALTAN ALGUNOS GRUPOS DE VALOR		
20					54,3	Construir el Plan de participación. Paso 2. Definir la estrategia para la ejecución del plan	Definir los canales y las metodologías que se emplearán para desarrollar las actividades de participación ciudadana identificadas en las fases del ciclo (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación y evaluación de políticas, planes, programas o proyectos.)	90	SE ENCUENTRA LA ACTIVIDAD QUE SE VA A DESARROLLAR
21		Definir una estrategia para capacitar a los grupos de valor con el propósito de cualificar los procesos de participación ciudadana.	10						
22		Definir los recursos, alianzas, convenios y presupuesto asociado a las actividades que se implementarán en la entidad para promover la participación ciudadana.	30	FALTA DOCUMENTAR- PARTICIPACIÓN					
23		Establecer el cronograma de ejecución de las actividades identificadas que se desarrollarán para promover la participación ciudadana	100	SE CONTEMPLA DENTRO DEL PLAN UN PLAZO DE EJECUCIÓN					
24		Definir los roles y responsabilidades de las diferentes áreas de la entidad, en materia de participación ciudadana	100	SE DESIGNAN RESPONSABLES PARA CADA ACTIVIDAD A REALIZAR					

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política de participación ciudadana

	AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K
25						Definir las etapas y mecanismos de seguimiento a la implementación y de evaluación del cumplimiento de las actividades través de la estandarización de formatos internos de reporte de las actividades de participación que se realizarán en toda la entidad que como mínimo contenga: Actividades realizadas, grupos de valor involucrados, aportes en el proceso de participación ciudadana, indicadores y resultados.	10		PLAN DE PARTICIPACIÓN DE POLÍTICA PÚBLICA	
26						Definir una estrategia de comunicación (interna y externa) que permita informar sobre la actividad participativa, desde su inicio, ejecución y desarrollo.	40		SERVICIO AL CLIENTE-PROGRAMACIONES	
27				Construir el Plan de participación. Paso 3. Divulgar el plan y retroalimentar.	26,7	Divulgar el plan de participación por distintos canales invitando a la ciudadanía o grupos de valor a que opinen acerca del mismo a través de la estrategia que se haya definido previamente.	40			
28			Construir un mecanismo de recolección de información en el cual la entidad pueda sistematizar y hacer seguimiento a las observaciones de la ciudadanía y grupos de valor en el proceso de construcción del plan de participación.			25				
29			Divulgar el plan de participación ajustado a las observaciones recibidas por distintos canales, informando a la ciudadanía o grupos de valor los cambios incorporados con la estrategia que se haya definido previamente.			15				
30				Ejecutar el Plan de participación	23,6	Preparar la información que entregará en el desarrollo de las actividades ya identificadas que se van a someter a participación.	10			
31			Socializar en especial a los grupos de valor que va a convocar al proceso de participación, la información que considere necesaria para preparar la actividad de participación y socializar las rutas de consulta de la misma.			10				
32			Convocar a través de los medios definidos en el plan de participación a los ciudadanos, usuarios y/o grupos de valor caracterizados, a participar en las actividades definidas habilitando los canales, escenarios mecanismos y medios presenciales y electrónicos definidos.			10		Página web, emisora, vía notificación		
33			Habilitar los canales, escenarios, mecanismos y medios presenciales y electrónicos definidos en el plan para consultar, discutir y retroalimentar con los ciudadanos usuarios y/o grupos de valor, sus recomendaciones u objeciones en el desarrollo de la actividad que la entidad adelanta en el marco de su gestión.			30		ya están habilitados		

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política de participación ciudadana

A15											
AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K		
34	Promoción efectiva de la participación ciudadana	18,6		10,0	Sistematizar los resultados obtenidos en el ejercicio de las diferentes actividades de participación ciudadana adelantadas.	60	Superintendencia, rendición de cuentas, formato de quejas y reclamos.				
35					Análisis, por parte del área que ejecutó la actividad, las recomendaciones u objeciones recibidas en el proceso de participación, evaluar la viabilidad de su incorporación en la actividad que se sometió al proceso de participación y realizar los ajustes a que haya lugar.	40					
36					Diligenciar el formato interno de reporte definido con los resultados obtenidos en el ejercicio, y entregarlo al área de planeación.	5					
37					Análisis de los resultados obtenidos en la implementación del plan de participación, con base en la consolidación de los formatos internos de reporte aportados por las áreas misionales y de apoyo, para: 1. Identificar el número de actividades en las que se involucró al ciudadano 2. Grupos de valor involucrados 3. Fases del ciclo que fueron sometidas a participación. 4. Resultados de la incidencia de la participación.	10					
38			Evaluación de Resultados	10,0	Publicar y divulgar, por parte del área que ejecutó la actividad, los resultados y acuerdos desarrollados en el proceso de participación, señalando la fase del ciclo de la gestión y el nivel de incidencia de los grupos de valor.	10					
39					Publicar los resultados consolidados de las actividades de participación, los cuales deberán ser visibilizados de forma masiva y mediante el mecanismo que empleó para convocar a los grupos de valor que participaron. Los reportes individuales diligenciados en los formatos internos deberán quedar a disposición del público.	10					
40					Documentar las buenas prácticas de la entidad en materia de participación ciudadana que permitan alimentar el próximo plan de participación.	10					
42											
52											
53											
54											

## Anexo 4. Dimensión 4. Evaluación de resultados

### Autodiagnóstico política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional

AUTODIAGNÓSTICO POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL						
ENTIDAD				CALIFICACIÓN TOTAL		
				85,2		
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍAS	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
	100	Diseño del proceso de evaluación	95,8	Asignar en un área o servidor la responsabilidad de liderar el proceso de seguimiento y evaluación en la entidad (áreas de planeación)	100	
				Considerar la evaluación como una práctica permanente en la gestión de la entidad	100	
				Considerar la evaluación como un proceso encaminado a promover la buena gestión y mejorar el desempeño institucional	100	
				Lograr integralidad y sinergia entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la entidad	100	
				Identificar variables que describen los diferentes aspectos que se quieren medir o evaluar	75	dafp
				Diseñar métodos cuantitativos y cualitativos de seguimiento y evaluación de la gestión y el desempeño institucional (indicadores)	100	
				Verificar que los indicadores diseñados sean comprensibles para todo tipo de usuarios, describan las situaciones que se pretenden medir, sean estimados periódicamente, puedan ser consultados de manera oportuna, cuenten con línea base para su medición, sean insumos para la toma de decisiones y sean revisados y mejorados continuamente	70	
				Utilizar o aplicar los indicadores para hacer seguimiento y evaluación de su gestión	80	

## Continuación Autodiagnóstico política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K		
18				85,2	Calidad de la evaluación	68,8	Identificar, a partir del uso o aplicación de los indicadores, los avances alcanzados en torno a los objetivos y resultados	60					
19									Consolidar, organizar y en lo posible sistematizar la información proveniente del seguimiento y evaluación	10			
20									Documentar la información proveniente del seguimiento y evaluación (informes, reportes, tableros de control, entre otros)	90			
21									Desarrollar ejercicios de autoevaluación, por parte de los líderes, a planes, programas y proyectos	80			
22									Realizar ejercicios de evaluación independiente (auditorías internas)	80			
23							Validar la información generada en los procesos de evaluación para garantizar que sea confiable, comprensible y útil para la toma de decisiones	80					
24						Utilidad de la información	89,0	Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para formular o reformular planes, programas o proyectos	80				
25									Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para identificar la relación entre la ejecución presupuestal y la obtención de resultados	90			
26									Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para mejorar los resultados de la ejecución presupuestal	90			
27									Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para aportar al proceso de aprendizaje organizacional	90			
28								Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para identificar los aspectos donde se puede mejorar	90				
29							Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para definir o redefinir cursos de acción, trayectorias de implementación y objetivos, metas y resultados.	90					
30							Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para rendir cuentas a la ciudadanía y a los organismos de control.	100					

## Continuación Autodiagnóstico política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional

L19											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
30							Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para rendir cuentas a la ciudadanía y a los organismos de control	100			
31							Difundir o comunicar interna y externamente la información proveniente del seguimiento y la evaluación	80			
32							Identificar si las necesidades o problemas de la ciudadanía (grupos de valor) estuvieron adecuadamente diagnosticados	90			
33							Identificar si el planteamiento de objetivos y de resultados apunta a resolver los problemas de la ciudadanía (grupos de valor)	90			
34					<b>Efectividad de la evaluación</b>		Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de identificar las brechas entre los resultados alcanzados y los objetivos planteados	90			
35						Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de hacer una revisión de los objetivos y de las acciones que se establecieron para alcanzarlos	90				
36						Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de tener evidencias para próximos ejercicios de planeación	90				
37						Evaluar organización el logro de las metas y resultados establecidos en su planeación a fin de fortalecer la capacidad para aprender sobre sus propios procesos, fortalecer los aciertos y replantear lo que no funciona	90				
38						Valorar la calidad del gasto público	90				
39						Determinar la coherencia entre los procesos de gestión, la ejecución presupuestal y los resultados logrados alcanzados	90				
40							<b>90,0</b>				



## Anexo 5. Dimensión 5. Información y Comunicación

### Autodiagnóstico política de gestión documental

AUTODIAGNÓSTICO POLÍTICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL						
ENTIDAD				CALIFICACIÓN TOTAL		
				45,2		
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍAS	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
	60,5	Estratégico	60,5	La Entidad cuenta con una Política de Gestión Documental	100	
				Los temas de Gestión Documental fueron tratados en el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo o en reuniones del Comité Interno de Archivo	100	COMITÉ INTERNO DE ARCHIVO
				Elaboración y utilización del Diagnóstico Integral de Archivos	50	DESACTUALIZADO
				Frente al proceso de la planeación de la función archivística, elaboración y aprobación en instancias del Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, del Plan institucional de archivos - PINAR e inclusión de actividades de gestión documental en planeación de la entidad.	30	EXISTEN LOS COMITES PERO ESTA DESACTUALIZADO
				Elaboración, aprobación, implementación y publicación del Programa de Gestión Documental - PGD,	10	DESACTUALIZADO
				Elaboración, aprobación, tramitación de convalidación, implementación y publicación de la Tabla de Retención Documental - TRD.	100	
				Normalización de la producción documental (recepción, radicación unificada, consecutivos, formatos)	60	EN PROCESO DE ACUERDO A LAS TRD
				Organización de Fondo Acumulado	10	
				Elaboración y publicación del Cuadro de Clasificación Documental CCD	10	
				Elaboración, aprobación, tramitación de convalidación, implementación y publicación de la Tabla de Retención Documental - TRD.	80	FALTA SEGUIMIENTO

## Continuación Autodiagnóstico política de gestión documental

B	C	D	F	G	I	J	K	L	M
<b>Gestión Documental</b>	45,2	Documental	38,4	Actualización de Tabla de Retención Documental	50				
				Inventario de la documentación de sus archivos de gestión en el Formato Único de Inventario Documental - FUID:	10				
				Inventario de la documentación de su archivo central en el Formato Único de Inventario Documental - FUID:	10				
				Transferencias de documentos de los archivos de gestión al archivo central	30	EL ARCHIVO CENTRAL ESTÁ DESACTUALIZADA			
				Inventario de documentos de Derechos Humanos o Derecho Internacional Humanitario no susceptible de eliminación	10	NO HAY INVENTARIO			
				Procedimientos de disposición final de documentos	90	DEFINIDO DENTRO DE LAS TRD			
				Elaboración, aprobación, implementación y publicación del documento Sistema Integrado de Conservación - SIC	10				
				Conservación de documentos en soporte físico	90	DEFINIDO DENTRO DE LAS TRD			
				Preservación de documentos en soporte digital	40	DEFINIDO PERO FALTA EJECUTARLO			
		Tecnológico	10,0	Clasificación de la información y establecimiento de categorías de derechos y restricciones de acceso a los documentos electrónicos	10				
				Parametrización de Tablas de control de acceso	10				
				Implementación de los requisitos de integridad, autenticidad, inalterabilidad, disponibilidad, preservación y metadatos de los documentos electrónicos de archivo en el Sistema de Gestión de Documento Electrónico.	10				
				Expedientes electrónicos	10				
				Mecanismos o controles técnicos en los Sistemas de Información para restringir el acceso a los documentos en entorno electrónico	10				
		Cultural	70,0	Actividades para alinear la gestión documental a la política ambiental	10				
				Facilidad de acceso y consulta de la información de archivo	90				
				Sensibilización y capacitación funcionarios sobre archivos	90	SOCIALIZADO EN EL MES DE AGOSTO 2018			
		Gestión documental alineada con las políticas y lineamientos del Sistema de Gestión de Calidad implementada en la Entidad	90						

## Autodiagnóstico de gestión política de transparencia y acceso a la información

AUTODIAGNÓSTICO DE GESTIÓN POLÍTICA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN						
ENTIDAD				CALIFICACIÓN TOTAL		
				61,1		
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
				La entidad garantiza la atención a la ciudadanía por lo menos 40 horas a la semana	100	
				La entidad cuenta con una dependencia encargada exclusivamente de atención al ciudadano	100	
				La entidad responde las solicitudes de información en un plazo máximo de 10 hábiles después de la recepción	100	
				La entidad responde los derechos de petición en un plazo máximo de 15 días hábiles después de la recepción	100	
				La entidad responde los derechos de petición de consulta en un plazo máximo de 30 días hábiles después de la recepción	100	
				La entidad conoce el número de días hábiles que se demora en promedio la respuesta de una solicitud de información	100	
				En los casos en el que se requiera o en los que el ciudadano desee respuesta física de su solicitud de información, la entidad sólo cobra el costo de reproducción de la información. Ejemplo: costo de las fotocopias o del CD.	100	LAS FOTOCOPIAS SI ES EL CASO SI REQUIERE DE CANCELACIÓN
				La realización de trámites por parte de los ciudadanos es sencilla	100	
				La presentación de PQRS por parte de la ciudadanía es sencilla	100	
		Transparencia pasiva	94	La entidad facilita al ciudadano información sobre el estado de su PQRS desde su recepción hasta su respuesta	100	
				Los funcionarios de la entidad ofrecen un servicio amable y cálido a los ciudadanos, dando respuesta efectiva a sus requerimientos	100	

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política de transparencia y acceso a la información.

	E	C	D	E	F	G	H	I	J
43						Toda persona nueva en la entidad recibe una capacitación introductoria antes del inicio de sus actividades	100		
44						Hay una transferencia efectiva de conocimientos entre las personas que dejan sus cargos y las nuevas que llegan a desempeñarlos	100		
45						Los funcionarios al interior de la entidad consideran la transparencia y el acceso a la información como una herramienta fundamental para mejorar la democracia, la rendición de cuentas, prevenir la corrupción y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos	100	CÓDIGO DE ÉTICA	
46						La entidad ha capacitado a sus funcionarios respecto de la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014	10		
47						La entidad ha informado a sus usuarios sobre la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014	10		
48						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información la localización física, sucursales o regionales, horarios y días de atención al público	90	SI CONTEMPLA LA INFORMACIÓN REQUERIDA PERO NO DENTRO DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A SI CONTEMPLA LA	
49						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información la normatividad relacionada con la Entidad	90	INFORMACIÓN REQUERIDA PERO NO DENTRO DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A SI CONTEMPLA LA	
50						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información las noticias de la entidad	90	INFORMACIÓN REQUERIDA PERO NO DENTRO DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A SI CONTEMPLA LA	
51				Transparencia activa	57	La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información el calendario de actividades	10	INFORMACIÓN REQUERIDA PERO NO DENTRO DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A SI CONTEMPLA LA	
52						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información la misión, visión, funciones y deberes de la Entidad	90	INFORMACIÓN REQUERIDA PERO NO DENTRO DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A SI CONTEMPLA LA	
53						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información el organigrama de la entidad	90	INFORMACIÓN REQUERIDA PERO NO DENTRO DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A SI CONTEMPLA LA	
54						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información las ofertas de empleo de la entidad	90	NO APLICA	

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política de transparencia y acceso a la información.

	E	C	D	E	F	G	H	I	J
59						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información el Plan de Atención al ciudadano	10		
60						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información la información Proyectos de inversión en ejecución (No aplica para empresas industriales y comerciales del Estado y Sociedades de Economía Mixta, según art. 77 Ley 1474 de 2011)	10		
61						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información los informes de rendición de cuentas	90		
62						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información los mecanismos para interponer PQRS y denuncias	90		
63						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información su plan de compras anual	90		
64						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información el directorio con los cargos, hojas de vida e información de contacto de funcionarios y contratistas	10		
65						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información de las escalas salariales de funcionarios y contratistas	10		
66						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información los informes de empalme	10		
67						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información las respuestas de la entidad a las solicitudes de información	10		POR MEDIO DEL CONTACTO DILIGENCIADO SE RESPONDEN LAS SOLICITUDES
68						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información la oferta de la entidad (Programas, servicios, trámites)	90		
69						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información los costos de la reproducción de la información (Ej. Costo de fotocopias o de CDs etc.)	10		
70						La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información los entes de control que vigilan la entidad	10		

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política de transparencia y acceso a la información.

	E	C	D	E	F	G	H	I	J
75				Seguimiento acceso a la información pública	33	La entidad hace seguimiento a su gestión en el tema de transparencia y acceso a la información pública a través de indicadores que son medidos periódicamente	10		
76		Dentro de las mediciones que lleva a cabo la entidad se tiene en cuenta si su gestión ayudó a resolver los problemas y necesidades de sus usuarios				10			
77		La entidad cuenta con una encuesta de satisfacción del ciudadano sobre Transparencia y acceso a la información en su sitio Web oficial				10	SOLO SE REALIZAN ENCUESTAS PRESENCIALES		
78		La entidad le asigna un número consecutivo o de radiado a cada una de las PQRS que le son enviadas				100			
79			Divulgación política de seguridad de la información y de protección de datos personales	33	La entidad tiene una política de seguridad de la información construida, aprobada e implementada	100			
80		La entidad tiene la política de seguridad de la información publicada en la sección de Transparencia y acceso a la información de su sitio Web oficial			10				
81		La entidad tiene una política de protección de datos personales construida, aprobada e implementada			10	INGENIERO			
82					La entidad tiene una política de protección de datos personales publicada en la sección de Transparencia y acceso a la información de su sitio Web oficial	10			
83			Gestión documental para el acceso a la información pública	80	La documentación de los procesos dentro de la entidad facilita el trabajo de sus funcionarios	100			
84		El conocimiento de los servidores de la organización adquirido a través de su experiencia es identificado, analizado, clasificado, documentado y difundido			100	A TRAVES DEL SIGEP			
85		La información necesaria para la operación de la entidad está organizada y sistematizada			100				
86		La información que maneja la entidad es clara, confiable, es de fácil consulta y se actualiza de manera constante			50	FALTA INFORMACION SOBRETUDO EN EL SITIO WEB DE LA ENTIDAD			

## Continuación Autodiagnóstico de gestión política de transparencia y acceso a la información.

	E	C	D	E	F	G	H	I	J	
96			Criterios diferenciales de accesibilidad a la información pública		64	La organización caracteriza a los ciudadanos que son usuarios de sus bienes y servicios con el fin de ajustar y adaptar sus procesos de acuerdo a sus necesidades	80			
97							La organización ha dispuesto sus canales de comunicación de acuerdo a las necesidades de los ciudadanos que son usuarios de sus bienes y servicios, en particular para aquellos que son víctimas de la violencia, personas con discapacidad o personas pertenecientes a comunidades indígenas que no hablan español.	30	SE CUENTA CON LA OFICINA DE CIAU	
98							La Entidad traduce los documentos de interés público a lenguas de comunidades indígenas presentes en el país	100	NO CUENTA CON POBLACIÓN INDIGENA	
99							La Entidad cuenta con recursos en su página web para permitir el acceso a la información a la población con discapacidad (ej. videos con lenguaje de señas o con subtítulos)	10		
100							Los espacios físicos de la organización se han adecuado para que sean fácilmente accesibles para personas en condición de discapacidad	100	POR NORMA DE HABILITACIÓN	
101			Conocimientos y criterios sobre transparencia y acceso a la información pública		58	Los funcionarios de la entidad conocen la Ley de Transparencia y acceso a la información pública	20	NO CONOCEN LA LEY		
102							Los funcionarios de la entidad comprenden que el acceso a la información pública es un derecho fundamental que permite el ejercicio de otros derechos fundamentales de los ciudadanos	20		
103							Los funcionarios tienen conocimiento sobre las instancias con las que cuentan los ciudadanos para recurrir en caso de no recibir respuesta ante una solicitud de información	100	SE HAN SOCIALIZADO DERECHOS Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS	
104							Los funcionarios conocen la existencia de la Secretaría de Transparencia	10		
105							Los funcionarios son conscientes de que su compromiso principal es con los ciudadanos	100		

## Anexo 6. Dimensión 7. Control interno

### Autodiagnóstico gestión política de control interno.

AUTODIAGNÓSTICO GESTIÓN POLÍTICA DE CONTROL INTERNO						
ENTIDAD				CALIFICACIÓN TOTAL		
				80,3		
COMPONENTES	CALIFICACIÓN	CATEGORÍAS	CALIFICACIÓN	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE (0 - 100)	OBSERVACIONES
	98,0	Diseño adecuado y efectivo del componente Ambiente de Control	98,0	Demostrar el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público, por parte de todos los servidores de la entidad, independientemente de las funciones que desempeñan	100	
				Cumplir las funciones de supervisión del desempeño del Sistema de Control Interno y determinar las mejoras a que haya lugar, por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	90	
				Asumir la responsabilidad y el compromiso de establecer los niveles de responsabilidad y autoridad apropiados para la consecución de los objetivos institucionales, por parte de la alta dirección	100	
				Dar carácter estratégico a la gestión del talento humano de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad	100	
				Asignar en personas idóneas, las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control	100	
	100,0	Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica)	100,0	Cumplir con los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público	100	
				Orientar el Direccionamiento Estratégico y la Planeación Institucional	100	
				Determinar las políticas y estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad estén claramente definidas para el logro de los objetivos de la entidad	100	MANUAL DE FUNCIONES-INDUCCIONES
				Desarrollar los mecanismos incorporados en la Gestión Estratégica del Talento Humano	100	



## Continuación Autodiagnóstico gestión política de control interno.

AB	C	D	E	F	G	H	I	J
20	Ambiente de Control	87,8	Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa)	100,0	Promover y cumplir, a través de su ejemplo, los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público, en el marco de integridad	100	POR MEDIO DE INFORMES Y EVALUACIONES CON EL VISTO BUENO DEL SUPERVISOR.Y.	
21					Evaluar el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de la integridad (valores) y principios del servicio público de sus equipos de trabajo	100		
22					Proveer información a la alta dirección sobre el funcionamiento de la entidad y el desempeño de los responsables en el cumplimiento de los objetivos, para tomar decisiones a que haya	100		
23					Cumplir las políticas y estrategias establecidas para el desarrollo de los servidores a su cargo, evaluar su desempeño y establecer las medidas de mejora	100		
24					Asegurar que las personas y actividades a su cargo, estén adecuadamente alineadas con la administración	100		
25		85,8	Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa)	85,8	Aplicar los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público	100	POR MEDIO DE ENCUESTAS, HACE FALTA LA REALIZACION DE LAS ENCUESTAS CON MAYOR MONITOREO DE GESTIÓN DEL RIESGO APOYAN A LA DIRECCIÓN EN LA GESTIÓN DE RIESGOS SE DESARROLLA UN TRABAJO COORDINADO LOGRANDO LOS OBJETIVOS PROPUESTOS EN J. A. PROCESOS A TRAVES DE CALIDAD- PROCESOS PRIORIZADOS	
26					Facilitar la implementación, monitorear la apropiación de dichos estándares por parte de los servidores públicos y alertar a los líderes de proceso, cuando sea el caso	50		
27					Apoyar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales	80		
28					Trabajar coordinadamente con los directivos y demás responsables del cumplimiento de los objetivos de la entidad	85		
29					Monitorear y supervisar el cumplimiento e impacto del plan de desarrollo del talento humano y determinar las acciones de mejora correspondientes, por parte del área de talento humano	100		
30	Analizar e informar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso sobre los resultados de la evaluación del desempeño y se toman acciones de mejora y planes de mejoramiento individuales, rotación de personal	100						

## Continuación Autodiagnóstico gestión política de control interno.

AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K
31		Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa)		58,0	Evaluar la eficacia de las estrategias de la entidad para promover la integridad en el servicio público, especialmente, si con ella se orienta efectivamente el comportamiento de los servidores hacia el cumplimiento de los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público; y si apalancan una gestión permanente de los riesgos y la eficacia de los controles	10	FALTA LA EVALUACION CONSTANTE		
32					Evaluar el diseño y efectividad de los controles y provee información a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno referente a la efectividad y utilidad de los mismos	60	FALTA LA IMPLEMENTACION DE CONTROLES A DIFERENTES PROCESOS		
33					Proporcionar información sobre la idoneidad y efectividad del esquema operativo de la entidad, el flujo de información, las políticas de operación, y en general, el ejercicio de las responsabilidades en la consecución de los objetivos	100			
34					Ejercer la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas	50	EXISTE EL PLAN PERO NO SE HA TRABAJADO EN ELLO		
35					Proporcionar información sobre el cumplimiento de responsabilidades específicas de control interno	70	FALTA CONTROL DE PROCESOS		
36		Diseño adecuado y efectivo del componente Gestión de Riesgos		68,0	Identificar acontecimientos potenciales que, de ocurrir, afectarían a la entidad	90	SE CUENTA CON UNA MATRIZ DE RIESGO INSTITUCIONAL		
37					Brindar atención prioritaria a los riesgos de carácter negativo y de mayor impacto potencial	90	LA INSTITUCION DEFINE LA MITIGACION DE RIESGOS DE CONTEXTO ESTRATEGICO, IDENTIFICACION DEL SE HENE DEFINIDO, DOCUMENTADO, SOCIALIZADO Y EVALUADO EL CODIGO DE ETICA Y.		
38					Considerar la probabilidad de fraude que pueda afectar la adecuada gestión institucional	90			
39					Identificar y evaluar los cambios que pueden afectar los riesgos al Sistema de Control Interno	60			
40					Dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción.	10			
					Establecer objetivos institucionales alineados con el propósito fundamental, metas y estrategias de la entidad	100			

Continuación **Autodiagnóstico gestión política de control interno.**

AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K
42	<b>Gestión de los riesgos institucionales</b>	<b>71,6</b>	Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica)	<b>76,2</b>	Establecer la Política de Administración del Riesgo	100	SE CUENTA CON LA POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO		
43					Asumir la responsabilidad primaria del Sistema de Control Interno y de la identificación y evaluación de los cambios que podrían tener un impacto significativo en el mismo	100			
44					Específicamente el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, evaluar y dar línea sobre la administración de los riesgos en la entidad	80	SE CUENTA CON EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTROL INTERNO CON SUS RESPECTIVAS		
45					Reafirmar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Así mismo, hacer seguimiento a su gestión, gestionar los riesgos y aplicar los	1			
46			Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa)	<b>67,5</b>	Identificar y valorar los riesgos que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales	90	SE CUENTA CON LA MATRIZ DE RIESGOS PERO SE ENCUENTRA EN ACTUALIZACIÓN		
47						Definen y diseñan los controles a los riesgos	30		
48					A partir de la política de administración del riesgo, establecer sistemas de gestión de riesgos y las responsabilidades para controlar riesgos específicos bajo la supervisión de la alta dirección. Con base en esto, establecen los mapas de riesgos	70	SE HA DEFINIDO UNA POLÍTICA PERO NO SE HA ESTABLECIDO EL MAPA DE RIESGOS, SE ENCUENTRA EN PROCESO		
49					Identificar y controlar los riesgos relacionados con posibles actos de corrupción en el ejercicio de sus funciones y el cumplimiento de sus objetivos, así como en la prestación del servicio y/o relacionados con el logro de los objetivos. Implementan procesos para identificar, disuadir y detectar fraudes; y revisan la exposición de la entidad al fraude con el auditor interno de la entidad	80	PLAN DE COMPRAS, CAJA, JUNTA DIRECTIVA FALTA DOCUMENTAR		
50					Informar sobre la incidencia de los riesgos en el logro de objetivos y evaluar si la valoración del riesgo es la apropiada	60	FALTA ACTUALIZARLO		
51					Asegurar que las evaluaciones de riesgo y control incluyan riesgos de fraude	100			
				Ayudar a la primera línea con evaluaciones del impacto de los cambios en el SCI	100				

Continuación **Autodiagnóstico gestión política de control interno.**

AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K
59					Asesorar en metodologías para la identificación y administración de los riesgos, en coordinación con la segunda línea de defensa	60			
60					Identificar y evaluar cambios que podrían tener un impacto significativo en el SCI, durante las evaluaciones periódicas de riesgos y en el curso del trabajo de auditoría interna	60			
61			Responsabilidades del área de control interno	52,0	Comunicar al Comité de Coordinación de Control Interno posibles cambios e impactos en la evaluación del riesgo, detectados en las auditorías	60			
62					Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad	40			
63					Alertar sobre la probabilidad de riesgo de fraude o corrupción en las áreas auditadas	40			
64			Diseño adecuado y efectivo del componente Actividades de Control	80,0	Determinar acciones que contribuyan a mitigar todos los riesgos institucionales	40			
65					Definir controles en materia de tecnologías de la información y la comunicación TIC.	100			
66					Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control	100	MANUAL DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS		
67			Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica)	90,0	Establecer las políticas de operación encaminadas a controlar los riesgos que pueden llegar a incidir en el cumplimiento de los objetivos institucionales	80	SE CUENTA CON LA POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO		
68					Hacer seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de controles	100			
69					Mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgo y control en el día a día	100			
					Diseñar e implementar procedimientos detallados que sirvan como controles, a través de una estructura de responsabilidad en cascada, y supervisar la ejecución de esos procedimientos por	100	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		

Continuación Autodiagnóstico gestión política de control interno.

AB	C	D	E	F	G	H	I	J
74	<b>Actividades de Control</b>	<b>85,9</b>	Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa)	<b>80,6</b>	Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por los gerentes públicos y líderes de proceso	60	SE SUPERVISA PERO NO ESTÁ DOCUMENTADO	
75					Asistir a la gerencia operativa en el desarrollo y comunicación de políticas y procedimientos	100		
76					Asegurar que los riesgos son monitoreados en relación con la política de administración de riesgo establecida para la entidad	60		
77					Revisar periódicamente las actividades de control para determinar su relevancia y actualizarlas de ser necesario	80	FALTA PERIODICIDAD	
78					Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la primera línea	80		
79					Realizar monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos	85		
80					Grupos como los departamentos de seguridad de la información también pueden desempeñar papeles importantes en la selección, desarrollo y mantenimiento de controles sobre la tecnología, según lo designado por la administración	90	SE CUENTA CON EL PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DEL RIESGO DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN A CARGO DEL...	
81					Establecer procesos para monitorear y evaluar el desarrollo de exposiciones al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente	90	SE TIENE DEFINIDA LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS DE ACUERDO A SU PROBABILIDAD	
82					Verificar que los controles están diseñados e implementados de manera efectiva y operen como se pretende para controlar los riesgos	70		
83					Suministrar recomendaciones para mejorar la eficiencia y eficacia de los controles.	70	FALTAN AJUSTES	
84	Proporcionar seguridad razonable con respecto al diseño e implementación de políticas, procedimientos y otros controles	90						
		<b>82,0</b>	Responsabilidades del área de control interno		Evaluar si los procesos de gobierno de TI de la entidad apoyan las estrategias y los objetivos de la entidad	100		

Continuación **Autodiagnóstico gestión política de control interno.**



AB	C	D	E	F	G	H	I	J	K
94	<b>Información y Comunicación</b>	<b>89,0</b>	Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa)	<b>97,5</b>	Facilitar canales de comunicación, tales como líneas de denuncia que permiten la comunicación anónima o confidencial, como complemento a los canales normales	95	EXISTEN LOS BUZONES		
95					Asegurar que entre los procesos fluya información relevante y oportuna, así como hacia los ciudadanos, organismos de control y otros externos	100	POR MEDIO DE COMUNICADOS, RADIO.		
96					Informar sobre la evaluación a la gestión institucional y a resultados	100			
97					Implementar métodos de comunicación efectiva	100	CORREO ELECTRONICO, WHATSAPP		
98			Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa)	<b>85,0</b>	Recopilar información y comunicarla de manera resumida a la primera y la tercera línea de defensa con respecto a controles específicos	30			
99						Considerar costos y beneficios, asegurando que la naturaleza, cantidad y precisión de la información comunicada sean proporcionales y apoyen el logro de los objetivos	95		
100						Apoyar el monitoreo de canales de comunicación, incluyendo líneas telefónicas de denuncias	100		
101						Proporcionar a la gerencia información sobre los resultados de sus actividades	100		
102						Comunicar a la alta dirección asuntos que afectan el funcionamiento del control interno	100		
103			Responsabilidades del área de control interno	<b>87,5</b>	Evaluar periódicamente las prácticas de confiabilidad e integridad de la información de la entidad y recomienda, según sea apropiado, mejoras o implementación de nuevos controles y procedimientos	50	FALTA MAYOR EVALUACIÓN PERIÓDICA		
104	Informar sobre la confiabilidad y la integridad de la información y las exposiciones a riesgos asociados y las violaciones a estas	100							
105	Proporcionar información respecto a la integridad, exactitud y calidad de la comunicación en consonancia con las necesidades de la alta dirección	100							

Continuación **Autodiagnóstico gestión política de control interno.**

AB	C	D	E	F	G	H	I	J
117	<b>Monitoreo o supervisión continua</b>	<b>69,3</b>	Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica)	<b>75,0</b>	Asegurar que los servidores responsables (tanto de la segunda como de la tercera línea de defensa cuenten con los conocimientos necesarios y que se generen recursos para la mejora de sus competencias	<b>80</b>		
118					Aprobar el Plan Anual de Auditoría propuesto por el jefe de control interno o quien haga sus veces, tarea asignada específicamente al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	<b>85</b>		
119			Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa)	<b>61,7</b>	Efectuar seguimiento a los riesgos y controles de su proceso	<b>50</b>		
120					Informar periódicamente a la alta dirección sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos de la entidad	<b>50</b>		
121					Comunicar deficiencias a la alta dirección o a las partes responsables para tomar las medidas correctivas, según corresponda	<b>85</b>		
122			Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa)	<b>72,5</b>	Llevar a cabo evaluaciones para monitorear el estado de varios componentes del Sistema de Control Interno	<b>60</b>		
123					Monitorear e informar sobre deficiencias de los controles	<b>70</b>	FALTA CONTROL	
124					Suministrar información a la alta dirección sobre el monitoreo llevado a cabo a los indicadores de gestión, determinando si el logro de los objetivos está dentro de las tolerancias de riesgo establecidas	<b>80</b>		
125					Consolidar y generar información vital para la toma de decisiones	<b>80</b>		
126			Responsabilidades del área de control interno	<b>81,3</b>	Establecer el plan anual de auditoría basado en riesgos, priorizando aquellos procesos de mayor exposición	<b>80</b>		
127	Generar información sobre evaluaciones llevadas a cabo por la primera y segunda línea de defensa	<b>90</b>						


## Anexo 7. Planes de acción

### Plan de acción gestión estratégica del talento humano

 modelo integrado de planeación y gestión			FORMATO DE PLAN DE ACCIÓN - GESTIÓN ESTRATÉGICA DEL TALENTO HUMANO			
<u>Pasos</u>			5	6	7	8
<b>1</b>	Se muestra la Ruta de Creación de Valor con menor puntaje	Nombre de la Ruta de Creación de Valor con menor puntaje  <b>RUTA DEL ANÁLISIS DE DATOS</b>  Conociendo el talento	Variables resultantes	Alternativas de mejora	Mejoras a Implementar (Incluir plazo de la implementación)	Evaluación de la eficacia de las acciones implementadas
<b>2</b>	Seleccione en la hoja "Resultados" las SubRutas en las que haya obtenido puntajes más bajos  	Subrutas con menores puntajes (máximo tres) Ruta para facilitar que las personas tengan el tiempo suficiente para tener una vida equilibrada: trabajo, ocio, familia, estudio Ruta para implementar una cultura del liderazgo, el trabajo en equipo y el reconocimiento Ruta para implementar incentivos basados en salario emocional	Diseñar la planeación estratégica del talento humano, que contemple: Medición, análisis y mejoramiento del clima organizacional  Incluyendo en el Plan de Bienestar los siguientes temas: Promoción y prevención de la salud Clima laboral	Diseñar y mejorar los planes que hacen falta o tienen deficiencias (numeral 12 A)  Incluir dentro del plan de bienestar e incentivos, elementos tales como: promoción en programas de vivienda, educación en artes, entre otros programas que se deben fortalecer. (Numeral 39)		
<b>3</b>	Identifique en la hoja "Rutas Filtro" la Ruta y las Subrutas seleccionadas en los puntos anteriores					
<b>4</b>	En la hoja "Rutas Filtro", filtre las tres Subrutas seleccionadas en el paso anterior para encontrar las variables que impactan en estas rutas, e identifique las variables que son comunes					
<b>5</b>	De las variables encontradas, identifique aquellas en las que sería pertinente y viable iniciar mejoras en el corto plazo		Divulgar e implementar el programa Servimos en la entidad	Implementar el programa Servimos en la entidad para lograr un impacto en los servidores.		
<b>6</b>	Diseñe alternativas de mejora en las variables identificadas. Si es necesario, solicite apoyo de la Dirección de Empleo Público DAFP		Diseñar la planeación estratégica del talento humano, que contemple: Plan anual de vacantes y Plan de Previsión de Recursos Humanos que prevea y programe los recursos necesarios para proveer las vacantes mediante	Desarrollar el Plan anual de vacantes y Plan de Previsión de Recursos Humanos que prevea y programe los recursos necesarios para proveer las vacantes mediante concurso.		
<b>7</b>	Implemente las mejoras seleccionadas. Si es necesario, solicite apoyo del DAFP					
<b>8</b>	Evalúe la eficacia de las acciones implementadas		Contar con cifras de retiro de servidores y su correspondiente análisis por modalidad de retiro.	Contar con un mecanismo estadístico que contemple las cifras de retiro de los servidores.		
<b>9</b>	Recalifique la hoja de autodiagnóstico y establezca el nivel del mejoramiento efectuado					



# Plan de acción código de integridad

 <b>modelo integrado de planeación y gestión</b>								
PLAN DE ACCIÓN CÓDIGO DE INTEGRIDAD								
COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	GUÍAS Y NORMAS TÉCNICAS	BUENAS PRÁCTICAS E INNOVACIÓN	NORMATIVIDAD	DISEÑE ALTERNATIVAS DE MEJORA	
Condiciones institucionales idóneas para la implementación y gestión del Código de Integridad	Realizar el diagnóstico del estado actual de la entidad en temas de integridad	A partir de los resultados de FURAG, identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la implementación del Código de Integridad.	10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto y/o resolución Código de Integridad - Decreto del MIPG v2	Adopción e implementación de los valores del servicio público, código de integridad	
		Dianosticar, a través de encuestas, entrevistas o grupos de intercambio, si los servidores de la entidad han apropiado los valores del código de integridad.	100	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto y/o resolución Código de Integridad - Decreto del MIPG v2	Utilización de la caja de herramientas que se encuentran anexados al código de integridad.	
		Diagnosticar si las estrategias de comunicación que empleó la entidad para promover el Código de Integridad son idóneas.	50	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto y/o resolución Código de Integridad - Decreto del MIPG v2	Implementar y actualizar el código de Integridad	
		Socializar los resultados obtenidos en el periodo anterior sobre la implementación del Código de Integridad.	10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Realizar un cronograma para ejercer las actividades que se deben ejecutar para la implementación del código de integridad y sus mecanismos de fomento.	
	Plan de mejora en la implementación del Código de Integridad. Paso 1. Generar espacios de retroalimentación que permitan recolectar ideas que ayuden a mejorar la implementación del Código de Integridad.	Determinar el alcance de las estrategias de implementación del Código de Integridad, para establecer actividades concretas que mejoren la apropiación y/o adaptación al Código.	10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad		
		Establecer mecanismos de retroalimentación con los servidores públicos, tales como grupos de intercambio, encuestas, correo electrónico, entre otras, que corroboren la confidencialidad de los servidores y ayuden a mejorar las ideas de implementación y gestión.	100	Código de Integridad / Caja de Herramientas	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad		
	Plan de mejora en la implementación del Código de Integridad. Paso 2. Fomentar los mecanismos de sensibilización, inducción, reinducción y afianzamiento de los contenidos del Código de Integridad.	Definir los canales y las metodologías que se emplearán para desarrollar las actividades de implementación del Código de Integridad.	10	Código de Integridad / Caja de Herramientas	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Definir los responsables que ejecutarán cada una de las actividades para la implementación del código	
		Definir las estrategias para la inducción o reinducción de los servidores públicos con el propósito de afianzar las temáticas del Código de Integridad.	10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Realizar capacitaciones y dar a conocer por los diferentes canales de comunicación el Código de Integridad.	
		Definir el presupuesto asociado a las actividades que se implementarán en la entidad para promover el Código de Integridad.	50	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Definir un rubro independiente para las actividades asociadas al código de integridad.	
		Establecer el cronograma de ejecución de las actividades de implementación del Código de Integridad.	10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Establecer mediante un cronograma los plazos para la ejecución de las actividades.	
		Definir los roles y responsabilidades del Grupo de Trabajo de Integridad en cabeza del Grupo de Gestión Humana	10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Definir un grupo de Trabajo de Integridad en donde a cada persona se le deleguen las actividades.	
		Construir un mecanismo de recolección de información (Encuesta y/o grupos de intercambio) en el cual la entidad pueda hacer seguimiento a las observaciones de los servidores públicos en el proceso de la implementación del Código de Integridad.	10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Por medio de encuestas evaluar el proceso de implementación del código de integridad.	
	Promoción de la gestión del Código de Integridad	Ejecutar el Plan de gestión del Código de Integridad	Preparar las actividades que se implementarán en el afianzamiento del Código de Integridad.	50	Código de Integridad / Caja de Herramientas	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Tomando de referencia la caja de herramientas que trae anexa el código de integridad.
			Divulgar las actividades del Código de Integridad por distintos canales, logrando la participación activa de los servidores públicos a ser parte de las buenas practicas.	10	Código de Integridad / Caja de Herramientas	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Tomar evidencia de las actividades a realizar para que estas puedan ser publicadas por los distintos canales a los servidores públicos.
Implementar las actividades con los servidores públicos de la entidad, habilitando espacios presenciales y virtuales para dicho aprendizaje.			10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Realizar la implementación del Código de Integridad por medio presencial y tecnológico habilitando canales virtuales donde se puedan ejecutar diferentes actividades relacionadas con el tema.	
Habilitar los canales presenciales y virtuales definidos en el plan para consultar, discutir y retroalimentar con los servidores públicos y grupos de intercambio sus recomendaciones u objeciones a la actividad que la entidad ejecutó para el desarrollo de su gestión.			10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Mantener habilitados los diferentes canales de ejecución del plan para que la ciudadanía pueda realizar los comentarios que surjan en el proceso de implementación.	
Analizar la actividad que se ejecutó, así como las recomendaciones u objeciones recibidas en el proceso de participación y realizar los ajustes a que haya lugar.			10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Realizar una de las actividades realizadas para evaluar sus resultados y si es el caso reprogramar las actividades.	
Socializar los resultados de la consolidación de las actividades.			10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad	Por medio de documentos evidenciar los resultados de las actividades.	
			10	Código de Integridad	url del código de integridad en eva	Decreto Código de Integridad		



## Plan de acción plan anticorrupción



### PLAN DE ACCIÓN PLAN ANTICORRUPCIÓN

COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	GUÍAS Y NORMAS TÉCNICAS	NORMATIVIDAD	DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS
Plan Anticorrupción	Planeación	Dentro de los temas que se trataron en el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, la entidad tiene en cuenta el mapa de riesgos de corrupción	10			El comité de desarrollo administrativo no existe dentro de la entidad, además el mapa de riesgos de corrupción se encuentra desactualizado, por		
		Dentro de los componentes de política incluidos en el Plan de Acción Anual, la entidad tiene en cuenta el mapa de riesgos de corrupción	10	Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (numeral II - Acciones Preliminares al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.		Se debe actualizar el mapa de riesgos de corrupción		
	Publicación	La Entidad publica en su sitio web oficial, en la sección de Transparencia y acceso a información, el plan anti-corrupción y de servicio al ciudadano junto con el informe de seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	50			Se debe realizar la actualización a dichos planes, además de hacer un seguimiento periódico		
		Dentro de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano que la Entidad publicó en su sitio web oficial, se encuentra el mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos	30	Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (numeral III - 8 "Publicación y monitoreo") Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción (numeral 2.3)	Ley 1474 de 2011, artículo 73. Decreto 124 de 2916.			
	Construcción mapa de riesgos de corrupción	En la construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción se adelantó un proceso participativo en el que se invitó a ciudadanos, usuarios o grupos de interés y responsables de los procesos de la Entidad junto con sus equipos	10	Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción (numeral 2.3) y numeral 3.3. "Consulta y divulgación"	Ley 1474 de 2011, artículo 73. Decreto 124 de 2916.	Ya que en la construcción del mapa de riesgos de corrupción no se tuvo en cuenta el proceso participativo de los demás grupos de interés, se sugiere		
	Seguimiento al mapa de riesgos de corrupción	La entidad hace seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción en el tiempo prudente establecido	10	Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción (numeral 2.2)	Ley 1474 de 2011, artículo 73. Decreto 124 de 2916.	El mapa de riesgos de corrupción se encuentra desactualizado por tal razón se debe actualizar junto al comité		
	Integridad	La entidad no presenta actos de corrupción en ninguna de sus formas	100	Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Sexto componente: Iniciativas adicionales)				
	Seguimiento al plan anticorrupción	La entidad realizó seguimiento y control al mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos	10	Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (numeral V "Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano"	Ley 1474 de 2011, artículo 73. Decreto 124 de 2916.	El hospital debe actualizar el mapa de riesgos de corrupción con las debidas medidas para mitigarlos, luego junto con el comité hacer el debido		
		El seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano fue realizado por los encargados del proceso y en los tiempos establecidos	100	Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (numeral V "Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano"	Ley 1474 de 2011, artículo 73. Decreto 124 de 2916.			
		Del seguimiento realizado surgieron acciones de mejora al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano	10	Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (numeral V "Seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano" retrasos, observaciones- . Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción (numeral 3.5 "Seguimiento)	Ley 1474 de 2011, artículo 73. Decreto 124 de 2916.	Primero se deben hacer los debidos seguimientos en las fechas establecidas, para luego realizar las acciones de mejora que se encontraron.		

## Plan de acción servicio al ciudadano



### PLAN DE ACCIÓN SERVICIO AL CIUDADANO

COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	GUÍAS Y NORMAS TÉCNICAS	BUENAS PRÁCTICAS E INNOVACIÓN	MARCO JURÍDICO	OTRO	DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS	
	Caracterización usuarios y medición de percepción	La entidad ha realizado caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés atendidos	80	Guía de caracterización de ciudadanos, usuarios y grupos de interés		Decreto 124 de 2016					
		La entidad determina, recopila y analiza los datos sobre la percepción del cliente o usuario, con respecto a los productos o servicios ofrecidos y si estos cumplen sus expectativas.	70	Lineamientos para mediciones de percepción ciudadana		Ley 872 del 2003		Por medio de encuestas se visualiza la percepción del cliente con respecto al servicio pero se debe realizar un seguimiento a estos procesos para			
		La entidad determina, recopila y analiza los datos sobre la percepción del cliente o usuario, con respecto a los trámites y procedimientos de cara al ciudadano.	100	Lineamientos para mediciones de percepción ciudadana		Ley 872 del 2003					
	Formalidad de la dependencia o área	La entidad cuenta con una dependencia o área formal encargada de recibir, tramitar y resolver las quejas, sugerencias y reclamos que los ciudadanos formulen.	100	Funciones Generales Oficinas de Servicio al Ciudadano		Ley 1474 de 2011					
		La dependencia de Servicio al Ciudadano es la encargada de dar orientación sobre los trámites y servicios de la entidad.	100	Funciones Generales Oficinas de Servicio al Ciudadano		Ley 1474 de 2011					
		La política de Transparencia, Participación y Servicio al Ciudadano se incluye en el Plan Estratégico Sectorial y en el Plan Estratégico Institucional.	100	Estrategias para la construcción del plan anticorrupción y de atención al ciudadano		Decreto 124 de 2016					
		En el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo se incluyen temas relacionados con Servicio al Ciudadano.	10					Se debe crear el comité institucional de gestión y desempeño y en él incluir temas relacionados con servicio al ciudadano conforme a lo			
	Procesos	La entidad cuenta con procesos o procedimientos de servicio al ciudadano documentados e implementados (peticiones, quejas, reclamos y denuncias, trámites y servicios)	30	Metodología para Optimización de Procesos y Procedimientos (ejemplo de dos procedimientos: Gestión de Peticiones y Gestión Documental)					Se debe actualizar la documentación en la que se describe el proceso de servicio al ciudadano. (peticiones, quejas, reclamos y denuncias)		
		La entidad aplica el procedimiento para las peticiones incompletas	40								
	Atención incluyente y accesibilidad	La entidad efectúa ajustes razonables para garantizar la accesibilidad a los espacios físicos conforme a lo establecido en la NTC 6047	100	NTC6047; Herramienta de autodiagnóstico de espacios físicos		ley 1712 de 2016, ley 1618 de 2013; Decreto 103 de 2013					
		La entidad implementa acciones para garantizar una atención accesible, contemplando las necesidades de la población con discapacidades como: - Visual - Auditiva	50	Directorio de soluciones para un servicio accesible e incluyente		ley 1712 de 2016, ley 1618 de 2013; Decreto 103 de 2014			Se deben implementar acciones para la prestación del servicio eficiente, contemplar población con discapacidad. Implementar		
		La entidad incluyó dentro de su plan de desarrollo o plan institucional, acciones para garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad a los servicios que ofrece	100	NTC6047; Herramienta de autodiagnóstico de espacios físicos; Directorio de soluciones para un servicio accesible e incluyente		ley 1712 de 2016, ley 1618 de 2013; Decreto 103 de 2015					


# Plan de acción política de trámites




## PLAN DE ACCIÓN POLÍTICA DE TRÁMITES

COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	GUIAS Y NORMAS TÉCNICAS	NORMATIVIDAD	OTROS	DISEÑO ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS
Portafolio de oferta institucional (trámites y otros procedimientos administrativos) identificado y difundido	Construir el inventario de trámites y otros procedimientos administrativos	Revisar información sobre misión, funciones, procesos misionales, y sobre los productos que resultan de la ejecución de los procesos y que están dirigidos a los ciudadanos o grupos de valor de la entidad.	100	Guía metodológica para la racionalización de trámites Guía de usuario Sistema Único de Información de Trámites SUIT 3 - Conceptos básicos ( <a href="http://www.suit.gov.co/documents/10179/466473/Conceptos+B%2C%2A1sicos/ds270d91-b793-4e79-9cdd-730a27a2cd0">http://www.suit.gov.co/documents/10179/466473/Conceptos+B%2C%2A1sicos/ds270d91-b793-4e79-9cdd-730a27a2cd0</a> )	Decreto - ley 19 de 2012.				
		Identificar las dependencias responsables de la entrega de dichos productos, la normativa asociada, los requisitos que se solicitan a los usuarios para acceder, los puntos de atención en donde se prestan al usuario y los horarios de atención.	100	Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública	Decreto - ley 19 de 2012. Ley 962 de 2005 (Artículo 8) Decreto 124 de 2016 (Plan Anticorrupción)				
		Revisar si los productos identificados corresponden a trámites (verificar cumplimiento de las siguientes características): inician por la solicitud del usuario, tienen soporte normativo, el solicitante ejerce un derecho o cumple con una obligación y son oponibles o demandables por el usuario.	100	Guía metodológica para la racionalización de trámites Guía de usuario Sistema Único de Información de Trámites SUIT 3 - Conceptos básicos ( <a href="http://www.suit.gov.co/documents/10179/466473/Conceptos+B%2C%2A1sicos/ds270d91-b793-4e79-9cdd-730a27a2cd0">http://www.suit.gov.co/documents/10179/466473/Conceptos+B%2C%2A1sicos/ds270d91-b793-4e79-9cdd-730a27a2cd0</a> )	Decreto - ley 19 de 2012. Ley 962 de 2005 (Artículo 2)				
		Revisar si los productos identificados corresponden a procedimientos administrativos (verificar el cumplimiento de las siguientes características): están asociados a un trámite, su realización no es obligatoria para el usuario.	80	Guía metodológica para la racionalización de trámites Guía de usuario Sistema Único de Información de Trámites SUIT 3 - Conceptos básicos ( <a href="http://www.suit.gov.co/documents/10179/466473/Conceptos+B%2C%2A1sicos/ds270d91-b793-4e79-9cdd-730a27a2cd0">http://www.suit.gov.co/documents/10179/466473/Conceptos+B%2C%2A1sicos/ds270d91-b793-4e79-9cdd-730a27a2cd0</a> )	Decreto - ley 19 de 2012. Ley 962 de 2005 (Artículo 2)			Se recomienda implementar el SUIT Sistema Único de Información de Trámites	
		Revisar la información que está cargada en el SUIT para identificar si los trámites y otros procedimientos que se encuentran registrados siguen siendo vigentes para la entidad	10	Guía metodológica para la racionalización de trámites	Decreto - ley 19 de 2012. (Artículo 40) Ley 962 de 2005 (Artículo 6)			Se recomienda implementar el SUIT Sistema Único de Información de Trámites	
	Registrar y actualizar trámites y otros procedimientos administrativos en el SUIT	Revisar si la totalidad de los trámites y otros procedimientos administrativos identificados en el inventario se encuentran registrados en el SUIT	10	Guía de usuario Sistema Único de Información de Trámites SUIT 3 ( <a href="http://www.suit.gov.co/documents/10179/11887/7+GU%C3%8DA+SUIT+2015+V14+-+Racionalizaci%C3%B3n+v2.pdf/892de701-8208-4580-9cc2-1536c20667">http://www.suit.gov.co/documents/10179/11887/7+GU%C3%8DA+SUIT+2015+V14+-+Racionalizaci%C3%B3n+v2.pdf/892de701-8208-4580-9cc2-1536c20667</a> )	Decreto - ley 19 de 2012. (Artículo 40) Ley 962 de 2005 (Artículo 6)			Se recomienda implementar el SUIT Sistema Único de Información de Trámites	
		Si los trámites y otros procedimientos identificados en el inventario no están registrados y su norma de creación es posterior al año 2005, presente a Función Pública la solicitud de aprobación del trámite con la Manifestación de Impacto Regulatorio	10		Decreto - ley 19 de 2012. (Artículo 39) Ley 962 de 2005 (Artículo 1)			Se recomienda someterlo a consideración del Departamento Administrativo de la Función Pública adjuntando la manifestación del impacto regulatorio, con la cual se	
		Registrar los trámites y otros procedimientos administrativos en el Sistema Único de Información de Trámites (SUIT)	10	Guía de usuario Sistema Único de Información de Trámites SUIT 3 ( <a href="http://www.suit.gov.co/documents/10179/11887/7+GU%C3%8DA+SUIT+2015+V14+-+Racionalizaci%C3%B3n+v2.pdf/892de701-8208-4580-9cc2-1536c20667">http://www.suit.gov.co/documents/10179/11887/7+GU%C3%8DA+SUIT+2015+V14+-+Racionalizaci%C3%B3n+v2.pdf/892de701-8208-4580-9cc2-1536c20667</a> )	Decreto - ley 19 de 2012. (Artículo 40) Ley 962 de 2005 (Artículo 6) Ley 1712 de 2014 (Art. 11, numeral b)			Se recomienda implementar el SUIT Sistema Único de Información de Trámites	
		Actualizar los trámites en el SUIT en armonía con lo dispuesto en el artículo 40 del Decreto - Ley 019 de 2012	10	Guía de usuario Sistema Único de Información de Trámites SUIT 3 - Inventarios ( <a href="http://www.suit.gov.co/documents/10179/466473/GU%C3%A2+inventarios/188920f-aa9-49c3-8200-c8b4eb9efc56">http://www.suit.gov.co/documents/10179/466473/GU%C3%A2+inventarios/188920f-aa9-49c3-8200-c8b4eb9efc56</a> )	Decreto - ley 19 de 2012. (Artículo 40) Ley 962 de 2005			Se recomienda implementar el SUIT Sistema Único de Información de Trámites	
	Difundir información de oferta institucional de trámites y otros	Difundir información sobre la oferta institucional de trámites y otros procedimientos en lenguaje claro y de forma permanente a los usuarios de los trámites teniendo en cuenta la caracterización	100		Decreto - ley 19 de 2012. (Artículo 38 y 40) Ley 962 de 2005				
100			Guía metodológica para la racionalización de trámites Guía de usuario Sistema Único de Información de Trámites SUIT 3 - racionalización ( <a href="http://www.suit.gov.co/documents/10179/11887/7+GU%C3%8DA+SUIT+2015+V14+-+Racionalizaci%C3%B3n+v2.pdf/892de701-8208-4580-9cc2-1536c20667">http://www.suit.gov.co/documents/10179/11887/7+GU%C3%8DA+SUIT+2015+V14+-+Racionalizaci%C3%B3n+v2.pdf/892de701-8208-4580-9cc2-1536c20667</a> )	Decreto - ley 19 de 2012. (Artículo 38) Ley 962 de 2005	Protocolo para la identificación de riesgos corrupción asociados a la prestación de trámites y servicios <a href="http://www.funcionpublica.gov.co/eva/ev/p/rotocolo_corupcion">http://www.funcionpublica.gov.co/eva/ev/p/rotocolo_corupcion</a>				


## Plan de acción política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional

 modelo integrado de planeación y gestión						
PLAN DE ACCIÓN POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL						
COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	DISIENE ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS
Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Diseño del proceso de evaluación	Asignar en un área o servidor la responsabilidad de liderar el proceso de seguimiento y evaluación en la entidad (áreas de planeación)	100			
		Considerar la evaluación como una práctica permanente en la gestión de la entidad	100			
		Considerar la evaluación como un proceso encaminado a promover la buena gestión y mejorar el desempeño institucional	100			
		Lograr integralidad y sinergia entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos de gestión de la entidad	100			
		Identificar variables que describen los diferentes aspectos que se quieren medir o evaluar	75	Identificar diferentes variables para medir y evaluar su funcionamiento, verificando que estén cumpliendo con		
		Diseñar métodos cuantitativos y cualitativos de seguimiento y evaluación de la gestión y el desempeño institucional (indicadores)	100			
	Calidad de la evaluación	Verificar que los indicadores diseñados sean comprensibles para todo tipo de usuarios, describan las situaciones que se pretenden medir, sean estimados periódicamente, puedan ser consultados de manera oportuna, cuenten con línea base para su medición, sean insumos para la toma de decisiones y sean revisados y mejorados continuamente	70	Realizar una revisión periódica a los indicadores diseñados, para que sean evaluados y si es necesario mejorarlos para que sean comprensibles a los usuarios.		
		Utilizar o aplicar los indicadores para hacer seguimiento y evaluación de su gestión	80	Utilizar los indicadores periódicamente para evaluar su gestión.		
		Identificar, a partir del uso o aplicación de los indicadores, los avances alcanzados en torno a los objetivos y resultados	60	Por medio de los resultados de la aplicación de los indicadores, analizar el cumplimiento de los		
		Consolidar, organizar y en lo posible sistematizar la información proveniente del seguimiento y evaluación	10	Consolidar la información de seguimiento y evaluación de los indicadores en medio magnético o en		
		Documentar la información proveniente del seguimiento y evaluación (informes, reportes, tableros de control, entre otros)	90			
		Desarrollar ejercicios de autoevaluación, por parte de los líderes, a planes, programas y proyectos	80	Por medio de encuestas u otros ejercicios por parte de los líderes autoevaluar los programas y		
		Realizar ejercicios de evaluación independiente (auditorías internas)	80	Realizar auditorías internas a la información, para evaluar el cumplimiento del desempeño		
		Validar la información generada en los procesos de evaluación para garantizar que sea confiable, comprensible y útil para la toma de decisiones	80	Validar la información de modo que esta sea confiable para la toma de decisiones.		
	Utilidad de la información	Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para formular o reformular planes, programas o proyectos	80	Evaluar periódicamente para formular nuevos planes o proyectos o reformular los existentes.		
		Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para identificar la relación entre la ejecución presupuestal y la obtención de resultados	90			
		Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para mejorar los resultados de la ejecución presupuestal	90			
		Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para aportar al proceso de aprendizaje organizacional	90			
		Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para identificar los aspectos donde se puede mejorar	90			
		Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para definir o redefinir cursos de acción, trayectorias de implementación y objetivos, metas y resultados.	90			
Utilizar la información proveniente de los ejercicios de seguimiento y evaluación para rendir cuentas a la ciudadanía y a los organismos de control		100				
Difundir o comunicar interna y externamente la información proveniente del seguimiento y la evaluación		80	Difundir los resultados de las evaluaciones y diagnósticos que se realizan.			
Identificar si las necesidades o problemas de la ciudadanía (grupos de valor) estuvieron adecuadamente diagnosticados		90				
Identificar si el planteamiento de objetivos y de resultados apunta a resolver los problemas de la ciudadanía (grupos de valor)		90				

## Plan de acción Plan de implementación transparencia y acceso a la información

 modelo integrado de planeación y gestión						
PLAN DE IMPLEMENTACIÓN TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN						
COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	DEPENDENCIA RESPONSALE	META / PRODUCTO	INDICADOR
	Transparencia pasiva	La entidad conoce el tiempo que se ha tomado para responder a cada uno de los PORS, solicitudes de información y derechos de petición	100			
		La entidad conoce el número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa	70			
		La entidad conoce el número de solicitudes de información que ha contestado de manera negativa por inexistencia de la información solicitada	50			
		Cuenta en su página Web con formatos para la recepción de peticiones, quejas, reclamos y denuncias	100			
		Los directivos de la entidad tienen en cuenta las necesidades de los ciudadanos usuarios de la entidad para la toma de decisiones	100			
		La entidad caracteriza la población usuaria de sus bienes y servicios	100			
		Los niveles jerárquicos de la organización permiten fluidez en la comunicación (horizontal y vertical) y equidad en la toma de decisiones	100			
		La organización genera alianzas con ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil	100			
		La organización desarrolla actividades y espacios de participación ciudadana de forma frecuente y dinámica	100			
		La entidad lleva registro del número de personas que participan en los espacios ciudadanos como los de rendición de cuentas	100			
		La información que divulga la entidad en su proceso de rendición de cuentas es clara, oportuna, relevante, confiable y de fácil acceso para toda la ciudadanía	100			
		Los ciudadanos participan en la formulación de los planes, proyectos o programas de la entidad	80	Convocar a la ciudadanía para que		
		La entidad permite que todos sus trámites sean realizados por medios electrónicos	80	señalados en los que		
		La entidad tiene una buena imagen entre la ciudadanía	70	realizar periódicamente		
		La entidad conserva en su interior el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de manera participativa, es decir, teniendo en cuenta las observaciones y recomendaciones de sus funcionarios	50	encuestas, sondeos, en		
		La entidad implementa el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de forma efectiva a su quehacer diario	50	funcionarios para		
		Existe en el sitio web oficial de la Entidad una sección identificada con el nombre de "Transparencia y Acceso a la Información Pública"	10	hacerlos partícipes de la		
		La entidad ha implementado estrategias pedagógicas y comunicativas para reforzar el significado que tiene para los servidores el ejercicio de la función pública y su responsabilidad con la ciudadanía	50	mayor periodicidad la		
		Los directivos demuestran capacidad de observación, análisis, escucha activa y una verdadera política de puertas abiertas	100	implementación del Plan		
		Toda persona nueva en la entidad recibe una capacitación introductoria antes del inicio de sus actividades	100	Diseñar en el sitio web		
		Hay una transferencia efectiva de conocimientos entre las personas que dejan sus cargos y las nuevas que llegan a desempeñarlos	100	de la entidad una		
		Los funcionarios al interior de la entidad consideran la transparencia y el acceso a la información como una herramienta fundamental para mejorar la democracia, la rendición de cuentas, prevenir la corrupción y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos	100	sección identificada		
		La entidad ha capacitado a sus funcionarios respecto de la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014	10	operar, realizar		
		La entidad ha capacitado a sus usuarios sobre la Ley de Transparencia y acceso a la información, Ley 1712 de 2014	10	otras estrategias		
		La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información la localización física, sucursales o regionales, horarios y días de atención al público	50	pedagógicas, a los		
		La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información la normatividad relacionada con la Entidad	50			
		La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información las noticias de la entidad	50			
		La entidad ha publicado en su sitio Web de Transparencia y acceso a la información el calendario de actividades	10	Publicar en el sitio web		
		La entidad ha publicado en su sitio Web de		en la sección		

# Plan de acción participación ciudadana

 <b>modelo integrado de planeación y gestión</b>												
PLAN DE ACCIÓN PARTICIPACIÓN CIUDADANA												
COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	GUÍAS Y NORMAS TÉCNICAS	BUENAS PRÁCTICAS E INNOVACIÓN	NORMATIVIDAD	OTROS	DISÈNE ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACION DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS		
Realizar el diagnóstico del estado actual de la participación ciudadana en la entidad		A partir de los resultados de FURAG identificar y documentar las debilidades y fortalezas de la participación en la implementación de la Política de Participación Ciudadana, individualizándolas en cada uno de los ciclos de la gestión (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación)	60	Metodología para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (https://www.funcionpublica.gov.co/eva/dinonfiles/impresas/201109/2013291943.html#143341665_53446262443b0d0a3d1b0d0d0e.pdf)		Ley 459 de 1998; Ley 1757 de 2015		Documentar las fortalezas y debilidades identificadas a través de los resultados del FURAG, e individualizarlas en cada ciclo de la gestión.				
		Validar con las áreas misionales y de apoyo si los grupos de ciudadanos, usuarios, o grupos de interés con los que trabajo en la agencia anterior atienden a la caracterización, y clasifique la participación de dichos grupos en cada una de las fases del ciclo de la gestión (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación)	10	Cartillas De Administración Pública. Rel de las oficinas de Control Interno. Autoría Interna o envíela a su correo (http://www.iacobombia.com/resource/RelOficinas.pdf)			Ley 87 de 1993; Decreto 1999 de 2005		Documentar las fortalezas y debilidades identificadas a través de los resultados de la evaluación de control interno, e individualizarlas en cada ciclo de la gestión.			
		Validar con las áreas misionales y de apoyo si los grupos de ciudadanos, usuarios, o grupos de interés con los que trabajo en la agencia anterior atienden a la caracterización, y clasifique la participación de dichos grupos en cada una de las fases del ciclo de la gestión (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación)	40	Guía de Caracterización de Ciudadanos, Usuarios y Grupos de Interés. (https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa/12/0 Nacional/20de%20Servicio/20a%20Ciudadano/Guia%20de%20Caracterizacion%20de%20Ciudadanos.pdf)		Servicios de Discapacidad, Australia (1998) Los servicios de discapacidad se dan a través de una coordinación de área local, la cual es esencialmente un ejercicio que permite a las personas en condición de discapacidad co-diseñar y co-producir los servicios y apoyos que necesitan, al mismo tiempo que les permite contribuir y compartir sus propios conocimientos, habilidades y valores a través de sus redes locales. Los Coordinadores de Área Local constituyen y mantienen relaciones de trabajo efectivas con individuos, familias o comunidades, proveen información precisa y oportuna, avisan con el establecimiento de metas e identifican las fortalezas y necesidades de la gente, facilitan y conectan comunidades inclusivas a través de alianzas y colaboración. El esfuerzo se basa en eliminar la situación de desahorro que se pueden sentir las personas en condición de discapacidad, de no sentirse escuchadas, sin control y queriendo que "trabaje en el otro mundo". (www.servicio.gov.co)	CONPES 3785 de 2013 CONPES 3654 de 2012 Ley 1757 de 2015 (Artículo 104, Literal K)		Clasificar la participación de las áreas misionales, de apoyo, grupo de ciudadanos, usuarios, grupos de interés en cada una de las fases del ciclo de gestión.			
		Diagnosticar si los canales espaciales, mecanismos y medios (presenciales y electrónicos) que emplea la entidad para promover la participación ciudadana son idóneos de acuerdo con la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de interés.	85	Guía de Caracterización de Ciudadanos, Usuarios y Grupos de Interés. (https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa/12/0 Nacional/20de%20Servicio/20a%20Ciudadano/Guia%20de%20Caracterizacion%20de%20Ciudadanos.pdf)		Casas para Mayores, Francia (2006) En las zonas rurales de esta región de Francia, el proyecto Agas & Vie garantiza que los adultos mayores que normalmente se trasladan a centros de cuidados residenciales permanecen en sus comunidades en casas donde los anfitriones prestan sus servicios. Suscribiéndose a una filosofía de vida colectiva, las casas de Agas & Vie acomodan a sus adultos mayores residentes y sus anfitriones, más sus familias. Todos los residentes de la casa son inquilinos, pero además de la renta, los adultos mayores abonan un sueldo al equipo de anfitriones. Cuando la casa de	CONPES 3785 de 2013 CONPES 3654 de 2012 Ley 1757 de 2015					
		Socializar los resultados del diagnóstico de la política de participación ciudadana al interior de la entidad.	100	Guía para la implementación de la Ley de Transparencia (http://www.sectransparencia.gov.co/eginas/guia-implementacion-ley-transparencia.aspx)			Ley 1712 de 2014 (Artículo 11)					
		Conformar y capacitar un equipo de trabajo (que cuente con personal de áreas misionales y de apoyo a la gestión) que lidere el proceso de planeación de la participación	100	Manual de Gobierno en Línea (http://programa.gobierno linea.gov.co/colap-aad-e-201109/2013291943.html#143341665_53446262443b0d0a3d1b0d0d0e.pdf)			Ley 459 de 1998; Ley 1757 de 2015 (Artículo 104, Literal K)					
		Construir el Plan de participación. Paso 1. Identificación de actividades que involucren procesos de participación		Identificar en conjunto con las áreas misionales y de apoyo a la gestión, las metas y actividades que cada área realizará en las cuales tiene programado o debe involucrar a los ciudadanos, usuarios o grupos de interés caracterizados.	100	Guía: Desarrollo de Ejercicios de Participación (http://estrategia.gobierno linea.gov.co/23/articulo-6249_anejo_0serorios.pdf)	Implementación Cuerpo de Ciudadanos, Estados Unidos (2002) Tras los graves acontecimientos ocurridos el 11 de septiembre del 2001, los gobiernos estatales y locales de Estados Unidos aumentaron las oportunidades de que los ciudadanos se convirtieran en parte integral de la protección de su país y de apoyar a los socorristas locales. El Cuerpo de Ciudadanos fue creado para ayudar a coordinar las actividades de los voluntarios para hacer las comunidades más seguras, más fuertes y mejor preparadas para responder a cualquier situación de emergencia. Proporciona oportunidades para que las personas participen en una serie de medidas para lograr que sus familias, hogares y comunidades estén más a salvo de las amenazas de delitos, terrorismo y desastres de todo tipo. El Cuerpo de Ciudadanos está organizado a través de una red nacional de consejos estatales, locales y étnicos de Cuerpos Ciudadanos. Las actividades incluyen la coordinación de comunidades de voluntariado y la participación ciudadana en actividades comunitarias de seguridad a nivel local, nacional, regional y mundial.	Ley 459 de 1998; Ley 1757 de 2015 (Artículo 104, Literal K)				
				De las actividades ya identificadas determinar cuáles corresponden a participación en las fases del ciclo de la gestión y clasificarlas en cada una de ellas, (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación y evaluación de políticas, planes, programas o proyectos.)	95	Guía de Caracterización de Ciudadanos, Usuarios y Grupos de Interés. (https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa/12/0 Nacional/20de%20Servicio/20a%20Ciudadano/Guia%20de%20Caracterizacion%20de%20Ciudadanos.pdf)			Ley 459 de 1998; Ley 1757 de 2015 (Artículo 104)			
				Verificar si todos los grupos de valor están contemplados en al menos una de las actividades de participación ya identificadas. En caso de que no estén contemplados todos los grupos de valor, determine otras actividades en las cuales pueda involucrarlos.	70	Guía de Caracterización de Ciudadanos, Usuarios y Grupos de Interés. (https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa/12/0 Nacional/20de%20Servicio/20a%20Ciudadano/Guia%20de%20Caracterizacion%20de%20Ciudadanos.pdf)		M Ciudad Ideal, Colombia, Bogotá (2013) Es una plataforma digital en la que la ciudadanía tiene la posibilidad de participar en la gestión de la ciudad. El objetivo de la plataforma es recopilar y analizar las opiniones, las cuales son rebatidas mediante a través de cinco escenarios de tendencias urbanas con los que trabaja la plataforma, con la intención de contribuir al desarrollo de la ciudad desde abajo. Los cinco escenarios son Espacios Criativos, Ciudad Inteligente, Creado por los Ciudadanos, Paisaje Urbano y Bogotá Democrática.	Ley 459 de 1998; Ley 1757 de 2015		Verificar si los grupos de valor están contemplados en al menos una actividad de participación, de no ser así involucrarlos en diferentes actividades.	
				Definir los canales y las metodologías que se emplearán para desarrollar las actividades de participación ciudadana identificadas en las fases del ciclo (participación en el diagnóstico, la formulación e implementación y evaluación de políticas, planes, programas o proyectos.)	90	Guía: Desarrollo de Ejercicios de Participación (http://estrategia.gobierno linea.gov.co/23/articulo-6249_anejo_0serorios.pdf) Guía para Entidades Públicas, Servicio y Atención Incluyente. (https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa/12/0 Nacional/20de%20Servicio/20a%20Ciudadano/Guia%20Servicio%20y%20Atencion%20Incluyente.pdf)		Bogotá Abierta, Colombia (2014) Bogotá Abierta es una plataforma virtual para que los ciudadanos de Bogotá propongan ideas, las comparten y realicen propuestas de solución a los retos y desafíos que vive la ciudad. La innovación se creó inicialmente en 2015 al final del mandato del Alcalde Gustavo Petro y desde el 2016 fue retomada por el Alcalde en trámite Enrique Peñalosa para la discusión del Plan Distrital de Desarrollo. Este se puso a consideración de la ciudadanía desde marzo hasta abril de 2016.	Decreto 4665 de 2007	Guía de Lenguaje Claro - DNP / 2015 (https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa/12/0 Nacional/20de%20Servicio/20a%20Ciudadano/Guia%20de%20Lenguaje%20Claro.pdf)		
Condiciones institucionales idóneas para la promoción de la participación ciudadana		Definir una estrategia para capacitar a los grupos de valor con el propósito de cualificar los procesos de participación ciudadana.	10	Guía para la Formulación del Plan Institucional de Capacitación (PIC) con base en proyectos de fortalecimiento en equipo (http://www.funcionpublica.gov.co/documentos/41853740596115/GuiaFormulacionPlanInstitucionalCapacitacionPIC.pdf?7832269f8ee149414-b4c0-3c0d9703a7)	Seguimiento a las Condiciones de los Vecindarios, Estados Unidos, Worcester (2001) Se estableció un Centro de Medición del Desempeño Comunitario (CCPM) para evaluar el desempeño de los municipios y la comunidad. Dado que la condición física de los barrios tiene un serio impacto en la calidad de vida de los residentes y en la percepción de los visitantes a la ciudad, el aplicativo ComNET, o Ambiente Informativo de Vecindarios, se usa para medir la efectividad de los servicios municipales que afectan la infraestructura y apariencia de los vecinos: baños, calles,	Decreto 4665 de 2007	Guía de Lenguaje Claro - DNP / 2015 (https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Programa/12/0 Nacional/20de%20Servicio/20a%20Ciudadano/Guia%20de%20Lenguaje%20Claro.pdf)		Capacitar a los grupos de valor, por medio de actividades, charlas, u otras estrategias con el propósito de cualificar los procesos de participación ciudadana.			



## Plan de acción Plan de implementación control interno

 <b>modelo integrado de planeación y gestión</b>						
PLAN DE IMPLEMENTACIÓN CONTROL INTERNO						
COMPONENTES	CATEGORÍAS	ACTIVIDADES DE GESTIÓN	PUNTAJE	DISEÑE ALTERNATIVAS DE MEJORA	MEJORAS A IMPLEMENTAR (INCLUIR PLAZO DE LA IMPLEMENTACIÓN)	EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS
Ambiente de Control	Diseño adecuado y efectivo del componente Ambiente de Control	Demstrar el compromiso con la integridad (valores) y principios del servicio público, por parte de todos los servidores de la entidad, independientemente de las funciones que desempeñan	100			
		Cumplir las funciones de supervisión del desempeño del Sistema de Control Interno y determinar las mejoras a que haya lugar, por parte del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	90			
		Asumir la responsabilidad y el compromiso de establecer los niveles de responsabilidad y autoridad apropiados para la consecución de los objetivos institucionales, por parte de la alta dirección	100			
		Dar carácter estratégico a la gestión del talento humano de manera que todas sus actividades estén alineadas con los objetivos de la entidad	100			
		Asignar en personas idóneas, las responsabilidades para la gestión de los riesgos y del control	100			
	Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica)	Cumplir con los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público	100			
		Orientar el Direccionamiento Estratégico y la Planeación Institucional	100			
		Determinar las políticas y estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad estén claramente definidas para el logro de los objetivos de la entidad	100			
		Desarrollar los mecanismos incorporados en la Gestión Estratégica del Talento Humano	100			
	Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa)	Promover y cumplir, a través de su ejemplo, los estándares de conducta y la práctica de los principios del servicio público, en el marco de integridad	100			
		Evaluar el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de la integridad (valores) y principios del servicio público de sus equipos de trabajo	100			
		Proveer información a la alta dirección sobre el funcionamiento de la entidad y el desempeño de los responsables en el cumplimiento de los objetivos, para tomar decisiones a que haya lugar	100			
		Cumplir las políticas y estrategias establecidas para el desarrollo de los servidores a su cargo, evaluar su desempeño y establecer las medidas de mejora	100			
		Asegurar que las personas y actividades a su cargo, estén adecuadamente alineadas con la administración	100			

Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa)	Aplicar los estándares de conducta e Integridad (valores) y los principios del servicio público	100			
	Facilitar la implementación, monitorear la apropiación de dichos estándares por parte de los servidores públicos y alertar a los líderes de proceso, cuando sea el caso	50	Por medio de encuestas monitorear los estándares de conducta e integridad y realizarlas con mayor periodicidad.		
	Apoyar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso para un adecuado y efectivo ejercicio de la gestión de los riesgos que afectan el cumplimiento de los objetivos y metas organizacionales	80	Se recomienda que a cada responsable de las diferentes áreas se le asignen las actividades correspondientes al ejercicio de la		
	Trabajar coordinadamente con los directivos y demás responsables del cumplimiento de los objetivos de la entidad	85	Trabajar en equipo para lograr los objetivos de la entidad		
	Monitorear y supervisar el cumplimiento e impacto del plan de desarrollo del talento humano y determinar las acciones de mejora correspondientes, por parte del área de talento humano	100			
	Analizar e informar a la alta dirección, los gerentes públicos y los líderes de proceso sobre los resultados de la evaluación del desempeño y se toman acciones de mejora y planes de mejoramiento individuales, rotación de personal	100			
	Responsabilidades del área de control interno (tercera línea de defensa)	Evaluar la eficacia de las estrategias de la entidad para promover la integridad en el servicio público, especialmente, si con ella se orienta efectivamente el comportamiento de los servidores hacia el cumplimiento de los estándares de conducta e Integridad (valores) y evaluar el diseño y efectividad de los controles y provee información a la alta dirección y al Comité de Coordinación de Control Interno referente a la efectividad y utilidad de los mismos	10	Evaluar frecuentemente las estrategias utilizadas.	
		Proporcionar información sobre la idoneidad y efectividad del esquema operativo de la entidad, el flujo de información, las políticas de operación, y en general, el ejercicio de las responsabilidades en la consecución de los objetivos	60	Se recomienda que a cada responsable de las diferentes áreas se le asignen las actividades correspondientes al ejercicio de la	
		Ejecutar la auditoría interna de manera técnica y acorde con las políticas y prácticas apropiadas	100	Se debe hacer la ejecución del plan de auditoría interna ya que con esa una técnica de control con la cual también se puede hacer la evaluación	
		Proporcionar información sobre el cumplimiento de responsabilidades específicas de control interno	70	Realizar un control por medio de fichas técnicas, control de asistencia y periodicidad u otros que permitan evaluar el cumplimiento de las	
Diseño adecuado y efectivo del componente Gestión de Riesgos	Identificar acontecimientos potenciales que, de ocurrir, afectarían a la entidad	90			
	Dirigir atención prioritaria a los riesgos de carácter negativo y de mayor impacto potencial	90			
	Considerar la probabilidad de fraude que pueda afectar la adecuada gestión institucional	90			
	Identificar y evaluar los cambios que pueden afectar los riesgos al Sistema de Control Interno	60	Realizar una evaluación periódica a los riesgos ya que a medida que se implementan cambios en las áreas hay que implementar distintos		
	Dar cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción, - mapa de riesgos de corrupción.	10	Conocer la ley 1474 de 2011, artículo 73, para dar cumplimiento a ella, acerca del mapa de riesgo de corrupción.		
Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica)	Establecer objetivos institucionales alineados con el propósito fundamental, metas y estrategias de la entidad	100			
	Establecer la Política de Administración del Riesgo	100			
	Asumir la responsabilidad primaria del Sistema de Control Interno y de la identificación y evaluación de los cambios que podrían tener un impacto significativo en el mismo	100			
	Específicamente el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, evaluar y dar línea sobre la administración de los riesgos en la entidad	80	Evaluar el cumplimiento sobre la administración de los riesgos al comité de Control Interno de la entidad, dejando claras las funciones.		
	Realimentar a la alta dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión del riesgo y de los controles. Así mismo, hacer seguimiento a su gestión, gestionar los riesgos y aplicar los controles	1	Gestionar el riesgo y sus controles para llevar un monitoreo del cual la alta dirección pueda tomar decisiones.		

## Anexo 8. Resolución adopción MIPG



### RESOLUCIÓN NÚMERO 619 (15 de Agosto de 2018)

#### **POR MEDIO DE LA CUAL SE CREA EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO DE LA E.S.E. HOSPITAL HABACUC CALDERÓN DE CARMEN DE CARUPA**

El gerente de la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, en uso de sus atribuciones legales y

#### **CONSIDERANDO:**

La Constitución Política en su artículo 209 establece que, “La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señala la ley”

El artículo 269 de la Constitución Política indica que: “En las entidades públicas las autoridades correspondientes están obligadas a diseñar y aplicar, según la naturaleza de sus funciones, métodos y procedimientos de control interno, de conformidad con lo que disponga la ley, la cual podrá establecer excepciones y autorizar la contratación de dichos servicios con empresas privadas colombianas”

Artículo 133 de la ley 1753 del 9 de junio de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”, en su capítulo V sobre Buen Gobierno establece: “Intégrese en un solo Sistema de Gestión, los sistemas de Gestión de Calidad de que trata la ley 872 de 2003 y de Desarrollo Administrativo de que trata la ley 489 de 1998. El sistema de Gestión deberá articularse con los Sistemas Nacional e Institucional de Control Interno consagrado en la ley 87 de 1993 y en los artículos 27 al 29 de la ley 489 de 1998, de tal manera que permita el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de control al interior de los organismos y entidades del estado. El Gobierno Nacional reglamentará la materia y establecerá el modelo que se desarrolle la integración y articulación de los anteriores sistemas, en el cual se deberá determinar de manera clara el campo de aplicación de cada uno de ellos con criterios diferenciales en el territorio nacional. Finalmente determina que una vez se reglamente y entre en aplicación el nuevo Modelo de Gestión, los artículos 15 al 23 de la Ley 489 de 1998 y la Ley 872 de 2003 perderán vigencia.

Que la ley 1499 de 2017 señala todo lo relacionado con el sistema de gestión integrando los sistemas de gestión administrativo y gestión de calidad, que en su capítulo tercero se encuentra lo correspondiente al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.

En mérito de lo expuesto,

#### **RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Créese el comité institucional de gestión y desempeño de la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa.

**ARTICULO SEGUNDO:** Objeto

Orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en la E.S.E. Hospital Habacuc Calderón de Carmen de Carupa, fortaleciendo el talento humano y el liderazgo bajo los principios de integridad y legalidad, como motores de la generación de resultados de las entidades públicas; conforme a la ley 1499 de 2017 y demás normas reglamentarias.

**ARTICULO TERCERO:** Conformación

Gerente o representante legal

Subgerente administrativo

Jefe de Planeación

Asesor de calidad

PARAGRAFO PRIMERO: Teniendo en cuenta el reducido número de personal en el hospital se tendrán en cuenta las demás áreas asistenciales.

**ARTICULO CUARTO:** Funciones

Los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño cumplirán las siguientes funciones:

1. Aprobar y hacer seguimiento, por lo menos una vez cada tres meses, a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
2. Articular los esfuerzos institucionales, recursos, metodologías y estrategias para asegurar la implementación, sostenibilidad y mejora del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
3. Proponer al Comité Sectorial de Gestión y el Desempeño Institucional, iniciativas que contribuyan al mejoramiento en la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG.
4. Presentar los informes que el Comité Sectorial de Gestión y el Desempeño Institucional y los organismos de control requieran sobre la gestión y el desempeño de la entidad.
5. Adelantar y promover acciones permanentes de autodiagnóstico para facilitar la valoración interna de la gestión.
6. Asegurar la implementación y desarrollo de las políticas de gestión y directrices en materia de seguridad digital y de la información.
7. Las demás que tengan relación directa con la implementación, desarrollo y evaluación del Modelo.

PARÁGRAFO 1. La secretaría técnica será ejercida por el jefe de la oficina de planeación, o por quien haga sus veces, en la entidad.

PARÁGRAFO 2. Las entidades que no cuenten con servidores públicos del nivel directivo, las funciones del Comité serán ejercidas directamente por el representante

legal de la entidad y los servidores públicos del nivel profesional o técnico que designen para el efecto.

**PARÁGRAFO 3.** La Oficina de control Interno o quien haga sus veces será invitada permanente con voz, pero sin voto.

**ARTICULO QUINTO:** Funciones de la Secretaría Técnica.

Corresponde al Secretario Técnico del Comité, ejercer las siguientes funciones:

- Citar con la debida antelación a los miembros e invitados al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, de acuerdo con las instrucciones de quien lo preside.
- Elaborar las actas de reunión y ejercer la guarda de las mismas
- Prestar apoyo a los integrantes del Comité en los asuntos relacionados con su participación.
- Hacer seguimiento a los compromisos adquiridos por el Comité, por lo menos una vez cada tres meses a la ejecución de las políticas de gestión y desempeño en la entidad.
- Solicitar a las dependencias responsables, los informes requeridos por las instancias encargadas del seguimiento, monitoreo, control y evaluación de las políticas de Gestión y Desempeño Institucional, con el fin de presentarlos al Comité para su consolidación.
- Las demás funciones que le delegue el Presidente del Comité y que sean propias de su carácter como Secretario Técnico.

**ARTICULO SEXTO:** Periodicidad de las reuniones y duración del comité  
El comité se deberá reunir de manera trimestral y extraordinariamente cuando lo requieran.

**COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CUMPLASE,**

Dado en Carmen de Carupa, a los 15 días del mes de agosto del año dos mil dieciocho (2018).

**LUIS ALFREDO NIÑO BENITEZ**  
Gerente E.S.E. Hospital Habacuc Calderón  
Carmen de Carupa.