

**DISEÑO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO EN LA UBA
PROSANAR DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN DPTO DEL CESAR**

VIANY SHIRLEY LEAL RIVERA



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD, ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA
2009**

**DISEÑO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO EN LA UBA
PROSANAR DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN DPTO DEL CESAR**

VIANY SHIRLEY LEAL RIVERA

**Trabajo de Grado Presentado como Requisito para Optar al Título de
ESPECIALISTA EN ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

**Directora
CLAUDIA PATRICIA APONTE HERNANDEZ
Especialista en Administración Pública**



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD, ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA
2009**

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos:

A **DIOS**, compañero inseparable y guía espiritual de nuestras vidas

A la **UBA PROSANAR LTDA DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN DPTO DEL CESAR**, por la colaboración prestada en beneficio de la Investigación.

A **TODAS AQUELLAS PERSONAS** que de una u otra forma aportaron su granito de Arena en beneficio de la presente investigación.

Con especial cariño a mi familia por el apoyo moral y sentimental en los momentos difíciles de la formación profesional

Viany Shirley

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	18
OBJETIVO GENERAL	18
OBJETIVOS ESPECIFICOS	18
1. MARCO REFERENCIAL.....	19
1.1 MARCO HISTÓRICO	19
1.1.1 Historia del Control Interno	19
1.1.2 El Control Interno en Colombia.....	20
1.2 MARCO TEÓRICO.....	22
1.2.1 Definición de Control Interno	22
1.2.2 Principios del Control Interno	22
1.3 MARCO CONCEPTUAL.....	26
1.4 MARCO LEGAL	31
2. METODOLOGÍA	38
2.1 UBICACIÓN	38
2.2 TIPO DE ESTUDIO	38
2.3 POBLACION OBJETO DE ESTUDIO	38
2.4 METODOLOGIA DE TRABAJO	38
2.4.1 FASE DIAGNOSTICA.....	38
2.4.2 Subsistema de control estratégico.....	39
2.4.3 Subsistema de Control de Gestión	40
2.4.4 Subsistema de Control de Evaluación	47
3. AUTODIAGNÓSTICO PROSANAR.....	54
3.1 SITUACIÓN ACTUAL.....	55
3.2 PROPUESTA DE DISEÑO.....	62
4. MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005 PROSANAR	77
4.1 SUBSISTEMA CONTROL ESTRATÉGICO.....	77
4.1.1 Componente Ambiente de Control.....	77
4.1.2 Componente Direccionamiento Estratégico.....	78
4.1.3 Componente Administración del Riesgo	79
4.2 SUBSISTEMA CONTROL DE GESTIÓN.....	81
4.2.1 Componente Actividades de Control.....	81
4.2.2 Componente información.....	83
4.2.3 Componente Comunicación Pública.....	84
4.3 SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACIÓN.....	85
4.3.1 Componente Autoevaluación.....	85
4.3.2 Componente Evaluación Independiente	85
4.3.3 Componente Planes de Mejoramiento.....	86

5.	CONTROL INTERNO EN LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y DESEMPEÑO DEL TALENTO HUMANO DE LA UBA PROSANAR LTDA DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN, DPTO DEL CESAR.....	88
5.1	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	88
5.2	CONTROL INTERNO.....	89
5.2.1	Auditoria Interna	90
5.2.2	Alcance	90
5.2.3	Objetivos.....	91
5.2.4	Responsabilidades.....	91
5.2.5	Enfoque	91
5.3	CRITERIOS DE CALIDAD	92
5.3.1	Area de aplicación	93
5.3.2	Fuentes de Información	93
5.3.3	Indicadores	93
5.3.4	Técnica de control.....	93
5.3.5	Tipo de control	94
5.3.6	Recolección de Información.....	94
5.3.7	Análisis de resultados.....	94
5.3.8	Informe y recomendaciones.....	94
5.4	SATISFACCIÓN DEL USUARIO.....	94
5.5	FICHAS TÉCNICAS	96
5.5.1	Ficha Técnica de control a Usuario.....	96
5.5.2	Ficha Técnica de control interno a Profesionales de la UBA	98
6.	RESULTADOS ESPERADOS	99
6.1	ÁMBITO DE APLICACIÓN	99
6.2	RESPONSABILIDADES.....	99
6.3	DEFINICIONES.....	100
6.4	DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	100
6.5	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CONTROL INTERNO	100
6.6	INFORME DE RESULTADOS.....	103
	CONCLUSIONES	107
	RECOMENDACIONES	109
	BIBLIOGRAFÍA.....	110
	ANEXOS.....	113

LISTA DE CUADROS

		Pág.
Cuadro 1	Composición marco legal	31
Cuadro 2	Evaluación del autodiagnóstico PROSANAR	54
Cuadro 3	Subsistemas, componentes y situación actual	55
Cuadro 4	Subsistemas, componentes y propuesta de diseño	62

LISTA DE FORMATOS

		Pág.
Formato 1	REGISTRO SATISFACCIÓN DEL USUARIO	95
Formato 2	QUEJAS Y RECLAMOS	96
Formato 3	FICHA TÉCNICA DE CONTROL A USUARIO	96
Formato 4	FICHA TÉCNICA DE CONTROL INTERNO A PROFESIONALES DE LA UBA	98
Formato 5	RESPONSABILIDADES	99
Formato 6	CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO	101
Formato 7	FICHA-INFORME DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO	103
Formato 8	PLAN DE SEGUIMIENTO PROGRAMA CONTROL INTERNO	105
Formato 9	RESUMEN DE REVISIONES	106

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo A	Formatos de evaluación	
Anexo B	Capacitación de la institución	

RESUMEN

TITULO: DISEÑO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO EN LA UBA PROSANAR LTDA DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN CESAR*

AUTOR. Viany Shirley Leal Rivera **

PALABRAS CLAVES: Control Interno, Diseño administrativo.

Este trabajo nace a partir de la idea de diseñar una estructura organizacional y administrativa que permita establecer los principales fundamentos reglas, acciones, mecanismos, instrumentos y procedimientos que ordenados, relacionados entre si, y unidos a las personas constituyen un medio para lograr el cumplimiento de los objetivos de la Unidad Basica de Atencion Prosanar Ltda.

En el presente trabajo se muestra inicialmente el desarrollo historico y la adopción del MECI como acto administrativo, así como la reglamentación de los procedimientos para garantizar su implementación.

Por otra parte se revisan los conceptos generales del MECI, el cual se estructura en tres grandes subsistemas, desagregados en sus respectivos componentes y elementos de control; además se realiza un autodiagnostico que le permite a la IPS examinarse y determinar el estado actual de cada uno de los subsistemas. Con base en este diagnostico se elaboran los respectivos planes de trabajo y los fundamentos administrativos más relevantes para este proyecto como son: el proceso de planeación, la adopción del MECI mediante acto administrativo, la responsabilidad de las diferentes instancias y el compromiso de la alta dirección. De esta manera se establece la organización y administración para el buen funcionamiento de la Uba Prosanar Ltda en el municipio de San Martin Cesar, mostrando las directrices(mision, vision, valores y objetivos), los servicios que presta a la comunidad y su estructura organizacional, especificando en su organizacion los procesos administrativos(gerenciales, misionales y de apoyo), funcionamiento(manual de procesos, manual de funciones),y sistemas de información.

Espero que esta propuesta de diseño del Modelo Estandar de Control Interno en la Uba Prosanar Ltda del municipio de San Martin permita implentarse posteriormente buscando la acreditacion de esta IPS.

* Tesis para optar el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud

** Especialización en Administración de Servicios de Salud. Facultad de Salud. Departamento de Salud Pública. Directora: Claudia Patricia Aponte Hernández

ABSTRACT

TITLE: DESIGN OF INTERNAL CONTROL STANDARD MODEL IN PROSANEAR UBA LTDA MUNICIPALITY OF SAN MARTIN CESAR *

AUTHOR. Shirley Rivera Viany Leal **

KEY WORDS: Internal administrative design.

This work stems from the idea of designing an organizational and administrative structure that provides the main foundation rules, actions, mechanisms, instruments and procedures ordered, interrelated, and linked to individuals are a means to achieve compliance with the objectives of the basic unit PROSANEAR Care Ltd.

The present work shows the historical development and initial adoption of the administrative MECI as well as regulating the procedures to ensure its implementation.

In addition we review the general concepts of MECI, which is divided into three major subsystems, broken down into their components and control elements, is also a self that allows the IPS to examine and assess the current state of each of subsystems. Based on this diagnosis is made by the respective work plans and relevant administrative foundations for this project include: the planning process, MECI through the adoption of the administrative act, the responsibility of different bodies and the commitment of top management. In this way, establishing the organization and administration for the smooth functioning of the Uba PROSANEAR Ltda in the municipality of San Martin Cesar showing guidelines (mission, vision, values and objectives), its service to the community and its organizational structure specifying the organization in its administrative processes (management, mission and support), operation (manual process, manual functions), and information systems.

I hope that the proposed design of the Standard Model of Internal Control in the Uba PROSANEAR Inc. of San Martin implentarse then allows searching for the accreditation of the IPS.

* Thesis to choose the title of Specialist in Health Services Administration

** Specialization in Health Services Administration. Faculty of Health. Department of Public Health. Director: Claudia Patricia Aponte Hernandez

INTRODUCCIÓN

Desde finales de la década de los años ochenta, el mundo presencia el desarrollo de grandes avances tecnológicos, nunca antes vistos en la historia de la humanidad, que inciden en todas las áreas de la actividad humana, dinamizando los procesos productivos y de servicios,¹ que exigen un cambio en las áreas de la organización y la administración por su interrelación directa. De allí que a finales del siglo pasado, se demostró la importancia del control sobre la gestión de las organizaciones, para responder a un acelerado y variado proceso de producción.

El Modelo Estándar de Control Interno para entidades del Estado, se genera tomando como base el artículo 1º de la Ley 87 de 1993, el cual se encuentra compuesto por una serie de subsistemas, componentes y elementos de Control, ilustrando de esta manera los vínculos que existen entre cada uno de ellos, bajo el enfoque sistémico que establece la citada ley.

El Diseño de un Modelo de control interno para la administración de la Unidad Básica de Atención contribuye a definir con claridad la Misión y Visión Institucional, los Objetivos que se surten de ella, los Programas necesarios para la orientación de su cumplimiento y las metas y proyecciones a mediano y largo plazo que se establecen para la conducción del crecimiento y desarrollo de la institución.

La definición del Modelo de Direccionamiento Estratégico parte del conocimiento individual, como juicio experimentado, y así generar el reconocimiento general de la entidad, y a partir del mismo, formular la dirección

¹ TOFFLER, Alvin. El shock del futuro. México: Aguilar. 2.005. 37p.

futura de manera constructiva para todos los involucrados. Este hecho destaca la importancia de fortalecer el sistema de control interno a partir del involucramiento de todos los funcionarios, generando espacios de participación concertada en los que se definan los lineamientos y estrategias que habrán de regir las operaciones de la institución y su contribución al desarrollo de la sociedad en general.

. De igual manera se revisa la normatividad, en materia de ética y valores, y se proponen algunos principios éticos para la Administración de la UBA Prosanar Ltda., y se finaliza con la definición de estrategias para la adopción de los mismos por todos los funcionarios y grupos de interés

JUSTIFICACIÓN

Dentro de una organización, el proceso administrativo constituye un desarrollo armónico donde están presentes las funciones de Planeación, Organización, Dirección y Control. El control en una concepción general, examina y analiza con anterioridad una realidad específica que aprueba o corrige, y las debilidades del quehacer organizacional.

El control interno, permite a la dirección de una organización de la salud, hacer frente a la rápida evolución del entorno económico y competitivo, así como a las exigencias y prioridades cambiantes de los pacientes y adaptar su estructura para asegurar el crecimiento futuro.

El control interno fomenta la eficiencia, reduce los riesgos de pérdida de valor de los activos y ayuda a garantizar la fiabilidad del proceso de ejecución presupuestaria y el cumplimiento de las leyes y normas vigentes. Debido a que el control interno, es útil para la consecución de muchos objetivos importantes de la gestión institucional de las entidades del Sector Salud cada vez es mayor la exigencia de disponer de mejores sistemas de control interno y de informes sobre los mismos, de este modo el sistema de control interno es considerado cada vez más como una solución a numerosos problemas potenciales de la gestión de las entidades prestadoras de servicios de salud.²

² DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA. Modelo estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (en línea, septiembre 30). MECI: 2.005. Disponible en Internet: www.ixquick.com/www.dafp.org.co

Por tal razón se realiza una serie de encuestas a los funcionarios de la Unidad Básica de Atención Prosanar, con el cual se obtiene un diagnóstico primario institucional:

Los procesos y operaciones de la UBA Prosanar Ltda., no crean frente a su entorno grupos receptores de la gestión, que son percibidas desde ópticas de impacto económico, social, ambiental y no solamente como el resultado de la prestación de servicios de salud, sino que estos afectan transversalmente otros componentes de la órbita empresarial.

Si la Administración de la UBA Prosanar Ltda, no satisface las necesidades del cliente interno y externo, su finalidad debe ser esencialmente la de promover el bien común atendiendo las necesidades de los clientes en forma continua y permanente y fomentando el desarrollo de la institución

La entidad debe por tanto hacer un buen reconocimiento de sus grupos de interés con el fin de lograr sus objetivos con el mayor grado de satisfacción de sus interesados, como un indicador de buena administración, de buenas prácticas sociales y transparentes sin olvidar el marco regulador y normativo que le acompañan, en fin encaminados a la creación de valores.

Cuando la entidad conoce las expectativas y necesidades de sus grupos de interés identifica también con mayor claridad sus objetivos y entiende que su función no es solamente la prestación de servicios, sino además garantizar que su actividad genera valor para otros.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Diseñar las políticas, los métodos y mecanismos de prevención, de control y evaluación de todos los procesos en la unidad básica de atención PROSANAR LTDA de San Martin Cesar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Establecer las acciones que permitan a la institución garantizar el cumplimiento de las funciones a su cargo con base al marco legal vigente.
- Diseñar los procedimientos necesarios que permitan a la institución cumplir la misión para la cual fue creada y proteger los recursos que se encuentran bajo su custodia.
- Determinar los procedimientos de prevención, detección y corrección que permitan mantener las funciones, operaciones y actividades institucionales en armonía con los principios de eficacia.
- Establecer los procedimientos de verificación y evaluación permanente de control interno.
- Establecer los procedimientos necesarios para garantizar la información veraz y oportuna.

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 MARCO HISTÓRICO

1.1.1 Historia del Control Interno ³

Desde el comienzo de la humanidad el hombre ha tenido la necesidad de controlar sus pertenencias y las del grupo que hacia parte. Consecuencia de ello fue el nacimiento de los números, que por medio de los dedos fueron utilizados en cuentas simples, hasta llegar al desarrollo de sistemas de numeración, que además de la identificación de cantidades, permitió el avance de otro tipo de operaciones.

Su aplicación puede observarse en los antiguos imperios, donde se percibía una forma de control y cobro de impuestos. La exigencia de los soberanos del manejo de cuentas de su residencia por dos escribanos independientes, evidencia de alguna manera la existencia de controles para evitar desfalcos.

Esto se evidencio en Europa, hacia los años 747 y 814, cuando Carlos I El Grande, Carlomagno, nombrara a un clérigo y un laico para inspeccionar las provincias de su imperio. Posteriormente hacia el año 1.319 Felipe V dio a su Cámara de Cuentas, poderes administrativos y jurisdiccionales para el control de sus finanzas.

En la época de la Revolución Francesa se modifico el sistema monárquico, y en base a los principios democráticos, se perfecciono la separación de los poderes, estableciendo un sistema de control, apoyado en los principios de especialización y autonomía.

En 1.807 Napoleón Bonaparte a través de la Corte de Cuentas, vigilaba los asuntos contables del Estado y le otorgaba funciones para investigar, juzgar y dictar sentencias. Esto sirvió de modelo a muchos países de América Latina y Europa, para organizar sus instituciones republicanas.

La Ley británica de sociedades anónimas de 1.862, reconoció por primera vez la auditoria como profesión, que creció entre ese año y 1.865 en Inglaterra y su objetivo entonces era la detección del fraude.

Hacia 1.900 llego a los Estados Unidos, donde fue enfocada a la revisión independiente de los estados financieros .

Alternando a lo anterior, se empezó a desarrollar el modelo de auditoria interna y del gobierno, lo que permitió el desarrollo de la misma como un proceso integral y asesor al interior de las empresas

³ Wikipedia. Historia del Control Interno (en línea, octubre 30). Disponible en Internet: www.ixquick.com/www.wikipedia.org

1.1.2 El Control Interno en Colombia ⁴

Desde el segundo viaje de Cristóbal Colón a América, se tiene conocimiento de diversos tipos de control, cuando los reyes católicos designaron un funcionario con la misión de vigilar y controlar el manejo de los fondos y los bienes de la expedición.

Posteriormente en 1.511 se organiza en Santo Domingo el Tribunal de la Real Audiencia, con la función de fiscalizar a los virreyes, administrar justicia y los territorios ocupados en América.

En 1.518 se instituyó el Tribunal de Indias como órgano supremo de administración colonial, que ejerció funciones de cuerpo legislativo y máximo tribunal de apelación, en asunto contencioso, civil, criminal y administrativo.

Hacia el siglo XVI se creó la Real Audiencia de Santa Fe de Bogotá, con la función de administrar y controlar los territorios. La función básica consistía en unificar las rentas y los derechos de la corona, hacer juicios a empleados que desempeñaban funciones fiscales y asegurar el flujo normal de los recaudos para la corona.

En 1.604 se crearon los Tribunales de Cuentas, entidades similares a las actuales Contralorías Regionales en los Virreinos, Capitanías y Presidencias.

Terminando el siglo XVII aparecen las Oficinas de Contabilidad, que consolidan el control fiscal en el mundo.

En la época de la independencia los controles sufren una crisis, por la dificultad para aplicarlos en los diferentes frentes de batalla. De otro lado la gran capacidad monetaria requerida para sostener los ejércitos, llevó a muchos funcionarios a atentar contra el tesoro público para alimentar la causa de la independencia

Después de la batalla de Boyacá se expide en Angostura la Ley Fundamental que crea la República de Colombia, en la cual se replantea el control fiscal. De esta forma se dicta en octubre 23 de 1.819, la “Ley principal para los empleados de hacienda”, que en su capítulo primero decía: “El empleado de hacienda a quien se le justificare sumariamente fraude o malversación de los intereses públicos, se le aplicara irremisiblemente la pena de muerte, sin necesidad de formar mas procesos que los informes de los tribunales. En cuanto al manejo y control del presupuesto, este fue asignado al Tribunal Mayor de Cuentas, que revisaba la contabilidad del gasto público y a la Dirección y Superintendencia General de Hacienda, que tenía funciones de Contraloría.

⁴ Ibid.

Los principios por ellos determinados, fueron retomados por la Constitución de Cúcuta de 1.821, que da vida a la Gran Colombia. La Ley que da vida a los principios constitucionales, fue expedida el 6 de octubre de 1.821 por la Contaduría General de Hacienda, que era el ente fiscalizador del erario público.

En 1.919 se crea el Tribunal Superior de Cuentas para proteger el buen manejo del presupuesto y garantizar el empleo adecuado de los recursos de inversión.

En la crisis bancaria de 1.929 al producirse la crisis bancaria, el Presidente de la República contrata una misión extranjera liderada por Edwin Walter Kemmerer, para organizar la Hacienda Pública, el sistema monetario, la reorganización del Estado, la administración de ingresos y aduanas, entre otros tópicos. Se crean normas para el sector financiero y diseña organismos de vigilancia y control del sector.

La Ley 42 de 1.923 crea el Departamento de Contraloría como ente autónomo que busca el control técnico sin influencia política. En 1.975 el Presidente Alfonso López Michelsen dicto la Ley 20 de 1.975, para extender el Control Fiscal de la Contraloría a los establecimientos públicos y las empresas industriales y comerciales del Estado.

En la Constitución de 1.991 el tema de Control Interno ha tenido un permanente desarrollo normativo a partir de los artículos 202 y 209, que establecen que la administración pública deberá aplicar según la naturaleza de sus funciones, métodos de Control Interno, el diseño y organización de sistemas de evaluación de gestión y resultados de la administración pública. En el artículo 267 elimino el control previo por parte de las Contralorías, reemplazándolo por un control posterior.

En 1.994 con el decreto 1.826, se posibilita la creación de Oficinas de Control Interno en las entidades y organismos de orden nacional.

En 1.996 mediante el Decreto 280, se crea el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno para las entidades de orden nacional.

El 20 de mayo de 2.005, mediante el Decreto 1599 se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (MECI: 1.000, 2.005), basados en estándares internacionales de probada validez como, COCO, COSO, CADBURY y COBIT.

1.2 MARCO TEÓRICO ⁵

1.2.1 Definición de Control Interno

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

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

1.2.2 Principios del Control Interno

1.2.2.1 Responsabilidad. Es la capacidad de las entidades para cumplir los compromisos contraídos con la comunidad y demás grupos de interés. Se materializa en dos momentos, El primero, al considerar aquellos aspectos o eventos capaces de afectar la gestión de la entidades, estableciendo las acciones necesarias para contrarrestarlos; el segundo, al reconocer la incapacidad personal o institucional para cumplir los compromisos y en consecuencia, indemnizar a quienes se vieran perjudicados por ello.

1.2.2.2 Transparencia. Es hacer visible la gestión de la entidad a través de la relación directa entre los gerentes y los funcionarios con los afiliados. Se materializa en la entrega de información adecuada para facilitar la participación de los afiliados en las decisiones que los afecten.

1.2.2.3 Moralidad. Se manifiesta, en la orientación de las actuaciones bajo responsabilidad del funcionario, del cumplimiento de las normas legales vigentes, y los principios éticos y morales propios de la sociedad.

1.2.2.4 Igualdad. Es reconocer a todos los ciudadanos la capacidad para ejercer los mismos derechos para garantizar el cumplimiento del precepto constitucional según el cual "todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la

⁵ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Op. Cit.

misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica"⁶.

1.2.2.5. Imparcialidad. Es la ausencia de prevención en contra de personas, a fin de proceder con rectitud, para dictaminar y resolver los asuntos de manera justa. Se concreta cuando el funcionario actúa con plena objetividad e independencia en defensa de lo público, en los asuntos bajo su responsabilidad a fin de garantizar que ningún ciudadano o grupo de interés se afecte en sus intereses, producto de la actuación de la institución.

1.2.2.6 Eficiencia. Es velar porque, en igualdad de condiciones de calidad y oportunidad, la entidad obtenga la máxima productividad de los recursos que le han sido asignados y confiados para el logro de sus propósitos. Su cumplimiento garantiza la combinación y uso de los mismos en procura de la generación de valor y la utilidad de los bienes y servicios entregados a la comunidad.

1.2.2.7. Eficacia. Grado de consecución e impacto de los resultados de una entidad, en relación con las metas y los objetivos previstos. Se mide en todas las actividades y las tareas y en especial al concluir un proceso, un proyecto o un programa. Permite determinar si los resultados obtenidos tienen relación con los objetivos y con la satisfacción de las necesidades de la comunidad.

1.2.2.8. Economía. Se refiere a la austeridad y la mesura en los gastos e inversiones necesarios, para la obtención de los insumos en las condiciones de calidad, cantidad y oportunidad requeridas para la satisfacción de las necesidades de la comunidad. Se operativiza en la medición racional de los costos y en la vigilancia de la asignación de los recursos para garantizar su ejecución en función de los objetivos, metas y propósitos de la Entidad.

1.2.2.9. Celeridad. Hace referencia a la prontitud, la rapidez y la velocidad en el actuar. Significa dinamizar la actuación de la entidad con los propósitos de agilizar el proceso de toma de decisiones y garantizar resultados óptimos y oportunos. En aplicación de este principio, los funcionarios se comprometen a dar respuesta oportuna a las necesidades sociales pertinentes a su ámbito de competencia.

1.2.2.10. Publicidad. Es el derecho de la sociedad y de los funcionarios de una entidad al acceso pleno, oportuno, veraz y preciso a las actuaciones, resultados e información de las entidades que prestan servicios a la comunidad.

⁶ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, artículo 13 (en línea octubre 30). Disponible en Internet:www.google.com/www.secretariasenado.gov.co

1.2.2.11 Preservación del Medio Ambiente. Es la orientación de las actuaciones de la entidad hacia el respeto por el medio ambiente, garantizando condiciones propicias al desarrollo de la comunidad.

Cuando el hacer de una entidad pueda tener un impacto negativo en las condiciones ambientales, es necesario valorar sus costos y emprender las acciones necesarias para su minimización.

La adecuada operación del Sistema de Control Interno, garantiza el acatamiento de estos principios por parte de los servidores públicos, al considerarlos como punto de partida para el desempeño de sus funciones.

1.2.3 Fundamentos del Control Interno ⁷

Constituyen las condiciones imprescindibles y básicas que garantizan la efectividad del Control Interno de acuerdo con la naturaleza de las funciones y competencias asignadas por la normatividad vigente a cada entidad de la salud y a las características que le son propias. La Autorregulación, el Autocontrol y la Autogestión son los pilares esenciales que garantizan el funcionamiento del Control Interno.⁸

1.2.3.1 Autorregulación. Es la capacidad institucional de la institución para reglamentar, con base en la Constitución y en la ley, los asuntos propios de su función y definir aquellas normas, políticas y procedimientos que permitan la coordinación efectiva y transparente de sus acciones.

Mediante la Autorregulación la entidad adopta los principios, normas y procedimientos necesarios para la operación del Sistema de Control Interno. Favorece el Autocontrol al normalizar los patrones de comportamiento requeridos para el cumplimiento de los objetivos, y hace efectivo y transparente el ejercicio de su función constitucional ante la comunidad y los diferentes grupos de interés.

Se lleva a cabo, entre otras formas, a través de:

- La promulgación de valores, principios y conductas éticas, fundamentos del servicio público.
- La generación de Códigos de Buen Gobierno, que establece las normas que así mismas se imponen las entidades públicas para garantizar el cumplimiento de una función administrativa proba, eficiente y transparente.
- La definición de un modelo de operación que armonice las leyes y las normas pertinentes a su fin, con los sistemas, los procesos, las actividades

⁷ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA, Op. Cit.

⁸ *Ibíd.*

y las acciones necesarias para el cumplimiento de los propósitos institucionales.

- El establecimiento de políticas, normas y controles tendientes a evitar o minimizar las causas y los efectos de los riesgos capaces de afectar el logro de los objetivos.
- La reglamentación del Control Interno a través de los mecanismos proporcionados por la ley.

1.2.3.2 Autocontrol. Es la capacidad de cada funcionario, independientemente de su nivel jerárquico dentro de la entidad para evaluar su trabajo, detectar desviaciones, efectuar correctivos, mejorar y solicitar ayuda cuando lo considere necesario, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y tareas bajo su responsabilidad, garanticen el ejercicio de una función administrativa transparente y eficaz.

El Control Interno se fundamenta en el Autocontrol, al considerarlo inherente e intrínseco a todas las acciones, decisiones, tareas y actuaciones a realizar por el funcionario, en procura del logro de los propósitos de la entidad.

El ejercicio de esta capacidad requiere de los funcionarios:

- Compromiso, competencia y responsabilidad con el ejercicio de su labor.
- Responsabilidad para asumir sus propias decisiones y autorregular su conducta.

1.2.3.3 Autogestión. Es la capacidad institucional de toda entidad privada para interpretar, coordinar y aplicar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido delegada por la ley.

El Control Interno se fundamenta en la Autogestión al promover en la entidad, la autonomía organizacional necesaria para establecer sus debilidades de control, definir las acciones de mejoramiento y hacerlas efectivas, a la vez que asumir con responsabilidad las recomendaciones generadas por los órganos de control y darles cumplimiento con la oportunidad requerida.

Esto se logra a través de:

- La comprensión por parte de la entidad y de los funcionarios, de las competencias y funciones asignadas por la ley.
- La adaptación consciente de la entidad a su entorno.

- La organización de la función administrativa y de su control de acuerdo con las características propias de cada entidad.
- La capacidad institucional para autorregular su funcionamiento.
- La conformación de la red de conversaciones que articula los procesos, las actividades y las acciones requeridas para la ejecución de los planes, los programas y los proyectos necesarios al logro de los objetivos institucionales y sociales.
- La ejecución de planes de mejoramiento y el seguimiento efectivo a su impacto en la organización.

1.3 MARCO CONCEPTUAL ⁹

- **ACTIVIDAD:** Agrupación de tareas que hace parte de un proceso.
- **AGENTE GENERADOR:** Sujeto u objeto que tiene la capacidad de originar un evento.
- **AMBIENTE:** Entorno, contexto.
- **AUTOCONTROL:** Capacidad de controlarse uno mismo.
- **AUTOGESTIÓN:** Capacidad institucional para coordinar las acciones que le permiten cumplir con el Mandato Constitucional y con las competencias y normas que la rigen.
- **AUTONOMÍA:** Facultad para gobernar las propias acciones sin ofender a otro.
- **AUTORREGULACIÓN:** Capacidad institucional para reglamentar, con base en la Constitución y las leyes, los asuntos propios de su función y definir aquellas normas, políticas y procedimientos que permitan la coordinación efectiva y transparente de sus acciones.
- **CAUSA:** Origen o razón de algo que llamado efecto. En el componente Administración de Riesgos: es el motivo o razón por la que se genera un riesgo.
- **CENTRALIZACIÓN:** Hacer que varias cosas dependan de un poder central. Reunir varias cosas en un centro común.

⁹ *Ibíd.*

- **COMPETENCIA:** 1. Pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado. 2. Capacidad legal para hacer algo.
- **COMPONENTE:** Agrupación de elementos que hace parte de un subsistema.
- **CONCERTAR:** Ponerse de acuerdo varios grupos o personas acerca de una acción a realizar.
- **CONFLICTO:** Choque o situación de oposición entre personas o grupos.
- **CONTEXTO:** Ambiente o entorno. Circunstancias de las cuales depende el sentido y el valor de una palabra, frase, o fragmento considerados.
- **CONTEXTO ESTRATÉGICO:** Conjunto de circunstancias internas y externas que pueden afectar a la entidad positiva o negativamente con relación al cumplimiento de sus objetivos.
- **CONTROL:** Actividad de monitorear los resultados de una acción y tomar medidas para hacer correcciones inmediatas y medidas preventivas para evitar eventos indeseables en el futuro.
- **CONTROL CIUDADANO:** Forma de participación que permite a los particulares influir lícitamente sobre las condiciones de modo, tiempo y lugar en que el Estado lleve a cabo sus actividades.
- **CONTROL ESTATAL:** Es el Control ejercido por los órganos de Control del Estado o entidades gubernamentales con atribuciones de Control.
- **DESCENTRALIZACIÓN:** Transferir a diversas corporaciones u oficios parte de la autoridad que antes ejercía el gobierno supremo del Estado.
- **DIRECTRICES:** Guías de acción. Instrucciones o normas generales para la ejecución de algo.
- **DISCERNIR:** Distinguir algo de otra cosa, señalando la diferencia que hay entre ellas.
- **ECONOMÍA:** Austeridad y mesura en los gastos e inversiones realizados para la obtención de los insumos que requieren los procesos para satisfacer las necesidades de la comunidad. Se presenta en la adquisición de los insumos del proceso.
- **EFECTO:** Consecuencia positiva o negativa, de la ocurrencia de un evento. Evento que se origina por otro llamado efecto.

- **EFEECTO AMBIENTAL:** Consecuencias positivas o negativas sobre los distintos elementos naturales, que puedan derivarse de las acciones de una entidad.
- **EFICACIA:** Cambio logrado en la situación de la comunidad como resultado del producto de un proceso, en relación con las metas y los objetivos de la entidad. Relación entre el valor agregado de un producto y su costo. Se presenta en el producto y su impacto o sea a la salida del proceso.
- **EFICIENCIA:** Relación entre el costo de los recursos utilizados en un proceso y el valor del producto obtenido. Se presenta dentro del proceso.
- **ELEMENTO:** Agrupación de factores que hace parte de un componente.
- **ENTORNO:** Ambiente, contexto. Lo que rodea; territorio o conjunto de lugares que rodean a otro.
- **ESTRATEGIA:** Esquema específico de utilización de los recursos con miras a alcanzar objetivos a largo plazo.
- **EVALUACIÓN DE RIESGOS:** Factor del elemento Valoración del Riesgo que muestra el procedimiento para definir cuando puede aceptarse o no el riesgo, de acuerdo con su frecuencia e impacto.
- **EVENTO:** Suceso; particularmente suceso posible.
- **FACTOR:** En el componente Administración de Riesgos: algo que contribuye, conjuntamente con otros elementos, a que se produzca un efecto determinado.
- **FACTOR CRÍTICO DE ÉXITO:** Variable o aspecto clave de un proceso o proyecto de cuyo resultado depende el éxito o el logro de los objetivos del proceso o proyecto.
- **FUNCIONARIO:** Servidor Público.
- **FUNDAMENTOS:** Bases sobre las cuales descansa o se soporta el Sistema de Control Interno.
- **IMPACTO:** Cambio logrado en la situación de la comunidad como resultado del producto de un proceso. Es el nivel más elevado o la finalidad última del proceso y donde se genera la totalidad de los beneficios previstos. Es equivalente a Valor Agregado. En el elemento Valoración de Riesgos, es la

magnitud del deterioro en la situación de la entidad, como resultado de la materialización de un riesgo.

- **INCENTIVOS:** Estímulo que se ofrece a una persona, grupo o sector de la economía con el fin de elevar la producción y mejorar los rendimientos
- **INDECLINABLES:** Que no se pueden rehusar o dejar de aceptar.
- **INSUMOS:** Entradas del proceso, necesarias para la elaboración un producto.
- **INTEGRIDAD:** Cualidad de la persona que cumple con rectitud los deberes de su cargo o posición.
- **INTERACCIÓN:** Acción que se ejerce recíprocamente entre dos o más grupos, personas u otros agentes.
- **MACROPROCESO:** Agrupación de procesos de una organización.
- **MATRIZ:** Conjunto de cantidades dispuestas ordenadamente en filas y columnas formando un cuadrado o un rectángulo, de modo que la posición de cada elemento en la matriz define las operaciones que hay que realizar con él en el problema que se trata.
- **MECANISMO:** Manera de producirse una actividad, una función o un fenómeno.
- **MEDICIÓN DE GESTIÓN:** Conjunto de instrumentos que permiten monitorear en forma continua, las variables que son claves críticas para el logro de los objetivos de una entidad.
- **META:** Resultado que se pretende alcanzar en un plazo determinado para avanzar hacia el cumplimiento de un objetivo. Su medición debe hacerse en términos de tiempo, cantidad y, si es posible, calidad.
- **MÉTODO:** Modo estructurado y ordenado de obtener un resultado, descubrir la verdad y sistematizar los conocimientos.
- **METODOLOGÍA:** Manera sistemática de hacer cierta cosa.
- **MITIGAR:** Moderar, aplacar.
- **NORMAS:** Regla de obligado cumplimiento. Regla sobre la manera como se debe hacer o está establecido que se haga cierta cosa.

- **OBJETIVO:** Enunciado de un estado deseado hacia el cual está dirigido un proyecto, programa o plan. Se debe formular en términos de mejora de la situación de una población. El objetivo determina la orientación que se le debe dar a las tareas, actividades y procesos para cumplir con los propósitos de la entidad y del Estado.
- **PLAN:** Proyecto, programa de las cosas que se van a hacer y de cómo hacerlas.
- **POLÍTICAS:** Principios que sirven de guía y dirigen los esfuerzos de una organización para alcanzar sus objetivos.
- **PRINCIPIOS:** Normas o ideas fundamentales que rigen la conducta de los funcionarios.
- **PROCEDIMIENTO:** Método o sistema estructurado para ejecutar algunas cosas. Acto o serie de actos u operaciones con que se hace una cosa.
- **PROCESO:** Conjunto de actividades que realiza una organización, mediante la transformación de unos insumos, para crear, producir y entregar productos o servicios, de tal manera que satisfagan las necesidades de los clientes.
- **PRODUCTO:** Resultado concreto que genera un proceso para alcanzar su objetivo más inmediato. Puede ser un bien, un servicio, cambios en calidad, cambios de eficiencia, etc.
- **PROPÓSITO:** Objeto, mira, cosa que se pretende conseguir.
- **QUEJA:** Expresión de insatisfacción con la conducta o la acción de los servidores públicos o de los particulares que llevan a cabo una función estatal.
- **RECLAMO:** Es la expresión de insatisfacción referida a la prestación de un servicio o la deficiente atención de una autoridad pública.
- **RECURRENTE:** Que vuelve a ocurrir o a aparecer, especialmente después de un intervalo. Dicho de un proceso: que se repite, Relevante: Importante, significativo; notable o sobresaliente.
- **RIESGO:** 1. Evento capaz de poner en peligro el cumplimiento de los objetivos de una entidad u organización, con eficiencia, eficacia y calidad. 2. La posibilidad de que ocurra dicho evento.

- **SERVICIOS PÚBLICOS:** Medio por el cual el Estado cumple los fines esenciales de servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes constitucionales.
- **SINERGIA:** Situación en la que el conjunto es mayor que la suma de las partes.
- **SINERGIA. SISTEMA:** Conjunto de elementos ordenados para cumplir con un propósito o fin determinado y cuyas partes deben reunir ciertas condiciones.
- **SOCIALIZAR:** Compartir la información con todos los funcionarios del grupo al que pueda interesar.
- **SUBSISTEMA:** Agrupación de Componentes que hace parte de un Sistema.
- **TAREA:** Parte de una Actividad.

1.4 MARCO LEGAL ¹⁰

Cuadro 1. Composición marco legal

ELEMENTO	NORMA	ARTICULO
Control Interno	Constitución Política de 1.991	209, 269
	Ley 87 de 1.993	1
	Resolución 048 de febrero 4 de 2.004	1
Principios del Sistema de Control Interno	Constitución Política de 1.991	209
	Ley 87 de 1.993	1
	Ley 80 de 1.993	23, 24, 25, 26
	Ley 489 de 1.998	3, 4
Fundamentos	Constitución Política de 1.991	1, 209, 269, 287, 298
Objetivos	Constitución Política de 1.991	
	Ley 87 de 1.993	2
Acuerdos, compromisos o protocolos éticos	Constitución Política de 1.991	1,5,11,13,15,16,18,19,28,83, 127
	Ley 190 de 1.995	19 – 31,66
	Decreto Ley 1567 de 1.998	34 – 41
	Ley 734 de 2.002	24

¹⁰ Ibid.

ELEMENTO	NORMA	ARTICULO
Acuerdos, compromisos o protocolos éticos	Decreto 1227 de 2.005	75, numeral 75-4
	Decreto 3622 de 2.005	7
	Constitución Política de 1.991	6,25,26,29,38,39,42,43,48,53,54,55,122,123,124,125,126,128
Desarrollo del Talento Humano	Ley 190 de 1.995	1,7,10,11,13,14,15,16,64,66
	Ley 87 de 1.993	4
	Ley 443 de 1.998	24,58,81,82
	Ley 489 de 1.998	30,31,32
	Ley 617 de 2.000	20,22,27,28,71,72,77,82,84
	Ley 734 de 2.002	Completa
	Decreto 0272	Todo
	Decreto 1567 de 1.998	7,14,20
	Ley 909 de 2.004	Todo
	Decreto 760 de 2.005	7,14,20
	Decreto 3622 de 2.005	Todo
	Decreto 770 de 2.005	Todo
	Decreto 785 de 2.005	Todo
	Decreto 2772 de 2.005	Todo
	Decreto 2539 de 2.005	Todo
	Decreto 1227 de 2.005	Titulo II, IV, V, VI, VII
	Decreto 682 de 2.001	Todo
	Resolución 415 de 2.003	Todo
Decreto 190 de 2.003	Todo	
Estilo de Dirección	Ley 909 de 2.004	Titulo VIII
	Ley 1010 de 2.006	Toda
	Decreto 2539 de 2.005	Todo
Planes y Programas	Constitución Política de 1.991	80,106,298,339 – 355
	Ley 87 de 1.993	4
	Ley 152 de 1.994	2 – 7,13 – 17,19,20,21,22,25 –28,31–34,36,41,44,45,46,48,50
	Ley 489 de 1.998	16,17,21,106,107
	Decreto 111 de 1.996	4–5,17,18,20,21,36,37,38,39,41,51,52,53
	Decreto 2145 de 1.999	12
	Decreto 1363 de 2.000	19
	Plan Nacional y Territorial de Desarrollo	
	Decreto 841 de 1.990	2,5,7,22,26,28,32,34

ELEMENTO	NORMA	ARTICULO
Modelo de Operación	Constitución Política de 1.991	113– 121,173,174,178,189,200,202,208,209,216,235,237,241,249,256,265,282,298,305,311,315, 354
	Ley 87 de 1.993	4
	Ley 715 de 2.001	5 – 9,27,42 – 46,73,74,75,76
	Ley 872 de 2.003	Todo
	Decreto 1537 de 2.001	1,2
	Resolución 048 Contaduría General de la Nación	Toda
	Decreto 4110 de 2.004	Todo
	Decreto 4110 de 2.004	Todo
	Decreto 3622 de 2.005	7
Estructura Organizacional	Constitución Política de 1.991	113 – 119,138,150,171,176,188,189,200,201,202,,208,234,236,239,249,264,268,277,282,286,287,306,314,320,322,328
	Ley 87 de 1.993	4
	Ley 136 de 1.994	1 – 5,8
	Ley 489 de 1.998	1,49,50,51,54,56,57,64 – 69,70–73,82– 85,88,89,91,97,101
	Directiva Presidencial 01 de 1.997	Toda
Contexto Estratégico	Decreto 1537 de 2.001	4
	Ley 87 de 1.993	4
	Resolución 048 de 2.004. Contaduría General de la Nación	Toda
Identificación de Riesgos	Decreto 1537 de 2.001	4
	Ley 87 de 1.993	4
	Resolución 048 de 2.004. Contaduría General de la Nación	Toda
Valoración de Riesgos	Decreto 1537 de 2.001	Toda
	Ley 87 de 1.993	Toda

ELEMENTO	NORMA	ARTICULO
Política de Administración de Riesgos	Resolución 048 de 2.004. Contaduría General de la Nación	Toda
	Ley 489 de 1.998	17
	Directiva Presidencial 09 de 1.999	Toda
	Decreto 2145 de 1.999	Todo
Políticas de Operación	Ley 87 de 1.993	4
Procedimientos	Ley 87 de 1993 Decreto 2145 de 1999	1, 4
	Ley 489 de 1998	9 a 13, 18
	Resolución 048 de 2004 Contaduría General Todo de la Nación	
	Ley 872 de 2003	Toda
	Ley 872 de 2003	Toda
	Decreto 2145 de 1999	Todo
Controles	Resolución 048 de 2004 Contaduría General de la Nación	Todo
	Ley 190 de 1995	11, 48
	Resolución 048 de 2004 Contaduría General Todo de la Nación	Toda
Manual de Procedimientos	Ley 87 de 1993 Código	4
	Ley 190 de 1995	Todo
	Decreto 2539 de 2001	Todo
	Código Contencioso Administrativo	
	Resolución 048 de 2004 Contaduría General Todo de la Nación	Todo
Información Primaria	Ley 87 de 1993	
	Ley 190 de 1995 12,40,51,56 a 61,65,77,78	12,40,51,56 - 61,65,77,78
	Ley 594 de 2000	
	Constitución Política de 1991.	15,20,23
	Ley 134 de 1994	7,8,9
	Ley 152 de 1994	Toda

ELEMENTO	NORMA	ARTICULO
Información Secundaria	Constitución Política de 1991.	20
	Ley 87 de 1993 1,2	1,2
	Ley 850 de 2003 Todo	Toda
	Ley 594 de 2000	
	Ley 909 de 2004	
	Actos administrativos expedidos por la entidad	
Sistemas de Información	Ley 87 de 1993 3, 4 Decreto 4110 de 2000 Todo	
	Ley 190 de 1995	48,49,53
	Ley 298 de 1996	7
	Ley 489 de 1998	36,37
	Ley 715 de 2001	32, 66, 93
	Decreto 2145 de 1999	12,21
	Directiva Presidencial 12 de 2002 Asunto Lucha Todo contra la Corrupción NORMA	
	Ley 594 de 2000	
	Documento Conpes 3072 de 2004	
	Ley 909 de 2004	
	Directiva presidencial 02 de 2000 Todo En la contratación estatal.	Toda
	Constitución Política	334,339
	Decreto 111 de 1996. 8,9,68	8,9,68
	Decreto 841 de 1990	2,5,7,22,26,28,32,34
Decreto 1363 de 2000	19	
Decreto 4110 de 2000	Todo	
Comunicación Organizacional	Constitución Política Colombiana de 1991	16,20
	Constitución Política Colombiana de Resolución 048 de 2004 Contaduría General Todo de la Nación	
Comunicación Informativa	Constitución Política Colombiana de	15,20,23,74,78,268,270,
	Ley 42 de 1993	36 a 41, 46
	Ley 80 de 1993	66
	Ley 734 de 2002	3
	Ley 489 de 1998	22,23, 33, 34

ELEMENTO	NORMA	ARTICULO
Comunicación Informativa	Directiva Presidencial N° 12 de 2002 Todo	Toda
	Resolución Orgánica 0544 de 2003 Contraloría General de la República	Toda
	Resolución 048 de 2004 Contaduría General de la República	Toda
Medios de Comunicación	Ley 87 de 1993	4
	Ley 190 de 1995	76
	Directiva Presidencial 01 de 1997	Toda
Auto evaluación del Control	Ley 87 de 1993	
	Decreto 2145 de 1999	
Auto evaluación de Gestión	Ley 87 de 1993 4	4
	Ley 42 de 1993 12 Decreto 1537 de 2001	12
	Resolución 048 de 2004 Contaduría General 14 de la República	14
	Decreto 1537 de 2001 3	3
Evaluación del Sistema de Control Interno	Ley 87 de 1993 Normas de auditoria interna generalmente aceptadas	3,4,8,9
	Ley 42 de 1993	9,18
	Resolución 048 de 2004 Contaduría General de la Nación	13 – 17
	Decreto 2145 de 1999	
	Decreto 1826 de 1994	Todo
	Decreto 1537 de 2004	Todo
	Normas de auditoria interna generalmente Aceptadas por la Ley	4
Plan de Mejoramiento Institucional	Ley 87 de 1993	
ELEMENTO	NORMA	ARTICULO
Plan de Mejoramiento	Resolución 048 de 2004 Contaduría General de la Nación	13,14,15,17

Institucional	Resolución Orgánica 05544 de 2003 Contraloría General de la República	Toda
Planes de Mejoramiento Funcional	Ley 87 de 1993	4
	Resolución 048 de 2004 Contaduría General de la Nación	13,14,15,17
	Resolución Orgánica 05544 de 2003	Todo
Planes de Mejoramiento Individual	Ley 87 de 1993	4
	Resolución 048 de 2004 Contaduría General de la Nación	Todo
	Resolución Orgánica 05544 de 2003 Contraloría General de la República	Todo

Fuente: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA. Modelo estándar de Control Interno para el Estado Colombiano (en línea, septiembre 30). MECI: 2.005. Disponible en Internet:www.ixquick.com/www.dafp.org.co

2. METODOLOGÍA

2.1 UBICACIÓN

El estudio se realizó en la Unidad de Atención Básica de PROSANAR en el municipio de San Martín – Cesar, en el año 2.008

2.2 TIPO DE ESTUDIO

La presente es una investigación descriptiva, porque se analiza y se describe los procesos y procedimientos administrativos del área del control interno en la IPS, UBA PROSANAR LTDA.¹¹.

2.3 POBLACION OBJETO DE ESTUDIO

El actual estudio tomó como población objeto de estudio la IPS PROSANAR LTDA, que ofrece servicios de consulta externa, promoción y prevención, laboratorio clínico, farmacia. La institución esta conformada por 13 funcionarios.

2.4 METODOLOGIA DE TRABAJO¹²

2.4.1 FASE DIAGNOSTICA

- Recolección de datos. La información se recogió con base en instrumentos tales como: guía de revisión de archivos y encuestas. Los instrumentos diseñados se aplicaron directamente para obtener la información pertinente.
- Instrumentos. Fichas técnicas de control interno aplicadas a los profesionales de la UBA Prosanar Ltda., ficha técnica de control del usuario, ficha informe de la acción de mejoramiento
- Encuestas. Formato diseñado para obtener información directa sobre el proceso y los procedimientos que realizan los funcionarios

¹¹ MENDEZ GOMEZ, Carlos. Metodología de la investigación para la administración y las ciencias sociales. Bogotá: Mc Graw Hill. 2.005. p. 136

¹² DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PÚBLICA, Op. cit

- La realización de un autodiagnóstico que le permita a la entidad examinarse y determinar el estado actual de cada uno de los subsistemas, componentes y elementos que conforman el MECI. Con base en este diagnóstico, se elaboran los respectivos planes de trabajo.

Exceptuando la quinta actividad que se realizó en el presente trabajo, las demás deben ser implementadas por la entidad, en la etapa de implementación del modelo

2.4.2 Subsistema de control estratégico

2.4.2.1 Componente ambiente de control

- **Acuerdos y compromisos éticos.** Elaboración de un diagnóstico ético para evaluar las prácticas éticas en la entidad; también para determinar la existencia de un Código de Ética y su grado de interiorización. Permite establecer propuestas para la implementación de este elemento.
- **Desarrollo del talento humano.** Elaboración de diagnóstico, para determinar si las políticas y prácticas de personal se implementan de acuerdo a las normas y técnicas correspondientes.
- **Estilo de dirección.** Elaboración de un diagnóstico

2.4.2.2 Componente direccionamiento estratégico

- **Diagnóstico Planes y programas.** Permite establecer el conocimiento de los funcionarios sobre las estrategias de la organización para cumplir la misión, visión, objetivos institucionales en un periodo de tiempo establecido.
- **Modelo de operación por procesos.** Se establece a partir de la identificación de los procesos y sus interacciones, que posteriormente permiten la elaboración de manuales para documentarlos y formalizarlos. El modelo es elaborado por los funcionarios responsables de los mismos, coordinados por el equipo MECI.
- **Estructura organizacional. Diagnóstico estructura.** Muestra la percepción de los funcionarios, sobre la incidencia de la estructura en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

2.4.2.3 Componente administración del riesgo. Este componente está estructurado a través de los siguientes elementos de control:

- Contexto estratégico
- Identificación del riesgo
- Análisis de riesgos
- Valoración de riesgos
- Políticas de administración de riesgos

Para su elaboración se deben seguir los siguientes pasos:

- **Definir el Contexto Estratégico.** Responsable: Representante de la Dirección y Equipo MECI.
- **Identificar los riesgos, las causas y los efectos** con base en el análisis del Componente Direccionamiento Estratégico. Responsable: Equipo MECI y funcionarios asignados a cada proceso de acuerdo con el Modelo de Operación.
- **Analizar los riesgos.** Responsable Equipo MECI y funcionarios asignados a cada proceso de acuerdo con el Modelo de Operación.
- **Valorar los riesgos.** Responsable: Equipo MECI y funcionarios asignados a cada proceso de acuerdo con el Modelo de Operación.
- **Formular las políticas de administración del riesgo.** Responsable: Representante de la Dirección y Equipo MECI.

2.4.3 Subsistema de Control de Gestión

2.4.3.1 Componente Actividades de Control

- **Políticas de operación.** Permiten ejercer control sobre toda la entidad, se dan en todos los procesos, intervienen en todas las funciones y comprometen todos los niveles de responsabilidad.
1. Analizar los objetivos de los procesos, las estrategias definidas en los Planes y Programas, las políticas de administración del riesgo, los requerimientos del usuario, las especificaciones del producto o servicio para establecer, el diseño e implementación de guías de acción (Políticas de Operación) que faciliten la ejecución de los procesos hacia el cumplimiento de los objetivos fijados.
 2. Analizar y aprobar las políticas de Operación de la entidad sugeridas para cada proceso, o solicitar que se efectúen los ajustes necesarios.

3. Divulgar la Política de Operación, en el ámbito de aplicación.
 4. Revisar periódicamente las Políticas de Operación del Proceso y efectuar los ajustes necesarios, previo concepto del Comité de Coordinación de Control Interno
- **Procedimientos.** Definidos como la forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso. Para establecerlos se seguirán los siguientes pasos.
 1. Establecer a cada proceso, los criterios y parámetros generales a ser considerados en el diseño de los procedimientos.
 2. Instruir a todos los funcionarios para que comprendan y asimilen el Modelo de Operación por Procesos, los criterios y parámetros establecidos por la Dirección y la metodología a seguir para el diseño de los procedimientos.
 3. Describir y documentar en cada una de las actividades de los procesos la forma como se realizan, determinando los responsables y estableciendo donde sean pertinentes, puntos de control, formatos o registros utilizados y tiempos. Cuando sea necesario se debe evaluar la necesidad de desagregar los procedimientos.
 4. Diseñar los diagramas de flujo requeridos para graficar los procedimientos.
 5. Socializar la información a los funcionarios relacionados con el proceso para recibir retroalimentación.
 6. Analizar y aprobar los procedimientos sugeridos para cada proceso o solicitar la realización de ajustes.
 7. Revisar periódicamente la descripción de los procedimientos, efectuar los ajustes necesarios y socializar los cambios a los funcionarios relacionados con el proceso.
 - **Controles.** Se diseñan para definir las acciones conducentes a reducir los riesgos.
 1. Establecer los criterios y parámetros necesarios para el diseño de controles en las actividades de los procesos. Estas instrucciones serán transmitidas al Equipo MECl por el Representante de la Dirección. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno

2. Asistir técnicamente a los responsables de los procesos en el diseño de los controles. Responsable: Equipo MECI
 3. A partir de la lista de calificación y evaluación de riesgos, seleccionar los inaceptables, importantes y moderados en la respectiva actividad, que requieran medidas de reducción según su calificación. Responsable: Equipo MECI y funcionarios asignados al proceso de acuerdo con el Modelo de Operación.
 4. Con base en la revisión anterior, diseñar los controles para los riesgos de mayor a menor calificación, para ello se debe diligenciar el formato Diseño de Controles y Análisis de Efectividad. Responsable: Equipo MECI y funcionarios asignados de acuerdo con el Modelo de Operación.
 5. Analizar y comprobar los controles sugeridos para cada proceso o efectuar los ajustes necesarios. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
 6. Medir la eficacia de los Controles, seleccionando el riesgo para el cual fue diseñado. Responsable: Equipo MECI y servidores asignados al proceso de acuerdo con el Modelo de Operación.
 7. Medir la eficiencia de los Controles valorando el beneficio cualitativo del mismo y el costo de su implementación. Responsable: Equipo MECI y funcionarios asignados al proceso.
 8. Medir la efectividad de los Controles utilizando los valores de eficacia y eficiencia de cada uno. Responsable: Equipo MECI y funcionarios asignados al proceso.
 9. Confrontar la efectividad del control con la calificación y evaluación del riesgo, para determinar el nivel del riesgo. Responsable: Equipo MECI y funcionarios asignados al proceso.
 10. Periódicamente revisar los controles diseñados para cada actividad y proponer los ajustes necesarios. Responsable: Funcionarios asignados al proceso.
- **Indicadores.** Las entidades deben diseñar indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad.
1. Determinar los criterios y parámetros para medir los resultados y la ejecución de operaciones de la entidad. Instrucciones que serán transmitidas el Equipo MECI por el representante de la Dirección. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.

2. Establecer los factores críticos de éxito a tener en cuenta para la medición. Responsable: Equipo MECI y funcionarios asignados al proceso.
 3. Diseñar los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad para los planes, programas, proyectos y procesos, dependiendo de los factores críticos de éxito. Responsable: Equipo MECI y funcionarios asignados al proceso. Diligenciar el formato Diseño de indicadores. Ver Anexo..
 4. Analizar y aprobar los indicadores diseñados para los planes, programas, proyectos y procesos, o solicitar efectuar los ajustes necesarios. Responsable: Directivo responsable del proceso y funcionarios asignados.
 5. Realizar mediciones periódicas (mensual, bimensual, semestral, entre otras), los resultados del indicador. Responsable: Directivo responsable del proceso y funcionarios asignados.
 6. Revisar periódicamente el diseño y pertinencia de los indicadores. Responsable: Directivo responsable del proceso y funcionarios asignados.
- **Manual de procedimientos.** Para su diseño se deben seguir los paso descritos a continuación.
1. Establecer los criterios y parámetros para su diseño y construcción. Instrucciones transmitidas al Equipo MECI por el Representante de la Dirección. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
 2. Recopilar la información de los estándares de control diseñados por todos los Elementos de Control que deben ser conocidos y acatados por los funcionarios de la entidad. Responsable: Representante de la Dirección y Equipo MECI.
 3. Diseñar el Manual de Procedimientos de operación, de acuerdo con la integración de los componentes Ambiente de Control, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y Actividades de Control, para direccionarlo al cumplimiento de los objetivos de la entidad. Responsable: Representante de la Dirección y Equipo MECI.
 4. Analizar y aprobar el Manual de Procedimientos, o solicitar efectuar los ajustes necesarios. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
 5. Expedir el acto administrativo de adopción del Manual de Procedimientos. Responsable: Representante legal.

6. Revisar periódicamente el Manual de Procedimientos y efectuar los ajustes necesarios, según concepto previo del Comité de Coordinación de Control Interno. Responsable: Directivo responsable de cada proceso.

2.4.3.2 Componente de información. Comprende todos los ámbitos de la entidad y es un soporte al diseño, evaluación y mejoramiento de los procesos. Se estructura en los siguientes elementos: información primaria (quejas y reclamos de los usuarios), secundaria y sistemas de información.

- **Información primaria.** Para obtener la información primaria se seguirán los siguientes pasos:
 1. Establecer los criterios y parámetros requeridos para la aplicación de la encuesta que servirá de base del Diagnostico, garantizando que tenga cobertura en todas las áreas de la entidad. Instrucciones a ser transmitidas al Equipo MECI por el representante de la Dirección. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
 2. Aplicar la encuesta mostrada en el formato Diagnostico de Información Primaria, Encuesta de Opinión.
 3. Tabular, valorar y analizar la información recolectada y entregar el Diagnostico resultante al Representante de la Dirección, junto con las propuestas que garanticen la existencia del Elemento de Control. Responsable: Representante de la Dirección.
 4. Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno el resultado del diagnostico y las propuestas formuladas por el Equipo MECI. Responsable: Representante de la Dirección.
 5. Analizar el diagnostico y adoptar las acciones correspondientes para asegurar la existencia del Elemento de Control. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
 6. Revisar periódicamente las políticas de Información Primaria definidas y efectuar los ajustes necesarios, previo concepto del Comité de Coordinación de Control Interno. Responsable: Funcionarios asignados al proceso.

- **Información Secundaria**

Esta conformada por los datos originados y procesados provenientes de ejercicio de la función de la entidad. Esta conformada por la formal y la informal. La formal proviene de la operación de la entidad y se materializa por su estructura

documental. La informal corresponde a los conocimientos y experiencias y a la interacción entre los servidores. Los pasos a seguir para obtenerla, son:

1. Establecer los criterios y parámetros para la aplicación de la encuesta a través de la cual se realizara el diagnostico y tendrá cobertura en todas las áreas de la entidad. Estas instrucciones serán transmitidas al Equipo MECI por el Representante de la Dirección. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
 2. Aplicar la encuesta definida en el formato Diagnostico de Información Secundaria – Encuesta de Opinión. Responsable: Equipo MECI
 3. Tabular, valorar y analizar la información obtenida por las encuestas y entregar el Diagnostico Información Secundaria al representante de la Dirección, junto con las propuestas que garanticen la existencia del Elemento de Control. Responsable: Equipo MECI.
 4. Entregar al Comité de Coordinación de Control Interno para su consideración el diagnostico y las propuestas formuladas por el Equipo MECI. Responsable: Representante de la Dirección.
 5. Analizar el diagnostico y adoptar las acciones correspondientes para asegurar la existencia del Elemento de Control. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
 6. Revisar periódicamente las políticas definidas de información secundaria y efectuar los ajustes necesarios, previo concepto del Comité de Coordinación de Control Interno. Responsable: Funcionarios asignados al proceso.
- **Sistemas de información.** Integrado por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos utilizados para la generación de información. Los pasos seguir para su determinación, son:
 1. Establecer los criterios y parámetros necesarios para la aplicación de la encuesta a través de la cual se realizara el diagnostico. Los parámetros serán transmitidos al Equipo MECI por el Representante de la Dirección. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
 2. Aplicar la encuesta definida en el formato Diagnostico del sistema de información – Encuesta de opinión. Responsable: Equipo MECI.
 3. Tabular, valorar y analizar la información recolectada a través de las encuestas y posteriormente se entrega el diagnostico al Representante de

la Dirección, junto con las propuestas que garanticen la existencia del Elemento de Control. Responsable: Equipo MECI.

4. El resultado del diagnóstico y las propuestas se someten a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno. Responsable: Equipo MECI.
5. Analizar el Diagnóstico Sistemas de Información y adoptar las decisiones correspondientes para asegurar la existencia del elemento de Control. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
6. Revisar periódicamente las políticas del Sistema de Información definidas y efectuar los ajustes necesarios, previo concepto del Comité de Coordinación de Control Interno. Responsable: Funcionarios asignados al proceso.

2.4.3.3 Componente Comunicación Pública

- **Comunicación organizacional.** La implementación de este elemento facilita la coherencia interna entre los procesos y/o las dependencias. La operalización de este elemento, en términos de medios y acciones comunicativas, contribuye al logro de los objetivos institucionales. Los pasos a seguir para su consecución, son los siguientes.
1. Establecer los parámetros y criterios necesarios para la aplicación de la encuesta a través de la cual se realizara el diagnóstico. Estas instrucciones serán transmitidas al Equipo MECI por el Representante de la Dirección. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
 2. Aplicar la encuesta definida en el formato Diagnóstico Comunicación Organizacional – Encuesta de Opinión. Responsable: Equipo MECI
 3. Tabular, valorar y analizar la información recolectada a través de las encuestas. Analizados los resultados se entrega el diagnóstico al Representante de la Dirección, junto con las propuestas que garanticen la existencia del Elemento de Control. Responsable: Equipo MECI.
 4. Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno el resultado del diagnóstico y las propuestas formuladas por el Equipo MECI. Responsable: Representante de la Dirección.
 5. Analizar el Diagnóstico Comunicación organizacional y adoptar las acciones correspondientes para asegurar la existencia del Elemento de Control. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.

6. Revisar periódicamente las políticas de Comunicación Organizacional definidas y efectuar los ajustes necesarios, previo concepto del Comité de Coordinación de Control Interno. Responsable: Funcionarios asignados al proceso.
- **Medios de comunicación.** Es el conjunto de procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados por la entidad, para garantizar la divulgación de manera amplia y focalizada, hacia los diferentes grupos de interés, es decir diseñar un Plan de Medios de Comunicación
1. Establecer los criterios y parámetros para la aplicación de la encuesta a través de la cual se realizara el diagnostico, instrucciones que serán transmitidas al Equipo MECI por el representante de la Dirección. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
 2. Aplicar la encuesta definida en el formato Diagnostico Medios de Comunicación – Encuesta de Opinión. Ver Anexo. Responsable: Equipo MECI.
 3. Tabular, valorar y analizar la información recolectada a través de las encuestas. Analizados los resultados se entrega el diagnostico al Representante de la Dirección, junto con las propuestas que garanticen la existencia del Elemento de Control. Responsable: Equipo MECI
 4. Someter a consideración del Comité de Coordinación de Control Interno el resultado del diagnostico y las propuestas formuladas por el Equipo MECI. Responsable: Representante de la Dirección.
 5. Analizar el Diagnostico Medios de Comunicación y adoptar las acciones correspondientes para asegurar la existencia del Elemento de Control. Responsable: Comité de Coordinación de Control Interno.
 6. Revisar periódicamente las políticas de medios de comunicación definidas y efectuar los ajustes necesarios, previo concepto del Comité de Coordinación de Control Interno. Responsable: Funcionarios asignados.

2.4.4 Subsistema de Control de Evaluación

2.4.4.1 Componente Auto evaluación

- **Auto evaluación del Control.** Es un proceso periódico, integrado por un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación de los controles internos a nivel de los procesos y de cada área responsable, para

emprender las acciones de mejoramiento requeridas. Se determina siguiendo los siguientes pasos.

1. Planear conjuntamente con cada una de las áreas, los procesos de Auto evaluación del Control y consolidar los resultados en un informe final. Es necesario definir el cronograma de trabajo para la aplicación de la encuesta
 2. Aplicar el cuestionario definido en el formato Cuestionario de Auto evaluación del Control. Responsable: Equipo MECI
 3. Tabular, valorar y analizar la información recolectada a través de las encuestas. Luego se entregan los resultados de la Auto evaluación del Control, al representante de la Dirección, junto con las acciones correctivas o de mejoramiento que garanticen el funcionamiento del Sistema de Control Interno. Responsable: Equipo MECI
 4. Entregar a la consideración del Comité de Coordinación de Control Interno los resultados de la Auto evaluación del Control y las acciones correctivas o de mejoramiento formuladas por el Equipo MECI. Responsable: Representante de la Dirección.
 5. Analizar los resultados de la Auto evaluación del Control y adoptar las acciones correspondientes para asegurar el funcionamiento del Sistema de Control Interno.
- **Auto evaluación de la Gestión.** Permite el monitoreo de los factores de los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad, para detectar desviaciones fuera del rango de gestión, para establecer medidas correctivas que permitan la continuidad de la operación y el alcance de los objetivos de la entidad
1. Analizar los resultados obtenidos con la aplicación de cada indicador, como sigue:
 - a. Evaluar la existencia de desviaciones del indicador frente a la meta y los rangos de gestión establecidos o si presenta otro comportamiento que amerite una revisión.
 - b. Definir las acciones correctivas. Si la desviación es significativa, definir el Plan de Mejoramiento correspondiente (revisar Componente Planes de Mejoramiento). Responsable: Equipo MECI y servidores responsables del Proceso.

2. Analizar el conjunto de controles e indicadores establecidos para la entidad para determinar la necesidad de definirlos, replantearlos o eliminarlos. Responsable: Equipo MECI y servidores responsables del Proceso.
3. Elaborar un Informe de Auto evaluación de la Gestión por Área Organizacional o por Procesos. Responsable: Representante de la Dirección, Equipo MECI y servidores responsables del Proceso.
4. Presentar el Informe de Auto evaluación de la Gestión al Comité de Coordinación de Control Interno. Responsable: Representante de la Dirección.

2.4.4.2 Componente Evaluación Independiente. Permite el examen objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y resultados corporativos de la entidad pública por parte de la Oficina de Control Interno, Unidad de Auditoría Interna o quien haga sus veces. Se caracteriza por la independencia, la neutralidad y la objetividad; debe corresponder a un plan y a un conjunto de programas que establecen objetivos específicos de evaluación al control, la gestión, los resultados y el seguimiento a los Planes de Mejoramiento de la entidad.

- **Evaluación del Sistema de Control Interno.** Su objetivo es verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la entidad pública. Para implementarlo se elaboran los siguientes informes:
 1. Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno. Permite evaluar el desarrollo de los Elementos del Sistema de Control Interno.
 2. Informes de Evaluaciones Eventuales Independientes, para lo cual se debe tener en cuenta:
 - a. Presentar la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, los procedimientos que registran el trabajo, las recomendaciones derivadas de la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, y los procedimientos para la socialización de dichos resultados a los directivos correspondientes.

Los informes, serán dirigidos a la máxima autoridad de la entidad, con copia a los directivos responsables de cada uno de los procesos, así como al Comité de Coordinación de Control Interno.

Para el desarrollo de estos Informes se requieren los resultados de los procesos de Auto evaluación del Control, los resultados de la Evaluación Independiente del Control Interno y los Informes de Auditoría de períodos anteriores y los resultados de los Planes de Mejoramiento.

- b. Preparar el informe de Evaluaciones Eventuales Independientes de Control Interno, cuando sea necesario realizar un examen sobre la efectividad del Control sobre procesos o áreas responsables específicas y ante eventualidades presentadas que obliguen a ello.
- **Auditoria Interna.** Elemento que permite realizar un examen objetivo, independiente y sistemático de los procesos, actividades, operaciones y resultados de una entidad. De igual manera, permite emitir juicios basados en evidencias sobre los aspectos más importantes de la gestión, los resultados obtenidos y la satisfacción de los diferentes grupos de interés. Para determinar el elemento se deben seguir el siguiente procedimiento:
 - 1. Elaborar el Programa Anual de Auditoria Interna, conteniendo los siguientes aspectos:
 - a. Identificación de procesos, actividades o áreas críticas
 - b. Objetivos y alcance
 - c. Responsabilidades
 - d. Recursos
 - e. Cronograma de auditoria
 - f. Seguimiento y revisión

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

- 2. Presentar el Programa Anual de Auditoria Interna a la máxima autoridad de la entidad y al Comité de Coordinación de Control Interno, para lograr su apoyo y compromiso mediante su aprobación. Responsable: Oficina de Control Interno o quien desempeñe sus funciones.
- 3. Realizar las actividades propias de la auditoria, para lo que se requiere se requiere:
 - a. Documento de análisis general de la entidad.
 - b. Planes y Programas.
 - c. Proyectos.
 - d. Informes anteriores de la Oficina de Control Interno.
 - e. Informes resultantes de la Auto evaluación del Control.
 - f. Informes anteriores de órgano de control fiscal.
 - g. Planes de mejoramiento.
 - h. Normas de Auditoria Interna aceptadas.
 - i. Disposiciones del Gobierno Nacional y órganos de control a las cuales se encuentra sujeta la entidad.

Responsable: Oficina de Control Interno o quien desempeñe sus funciones.

4. Presentar los resultados a la máxima autoridad de la entidad para su conocimiento y acciones pertinentes, con copia al responsable del proceso o área auditada. Responsable: Oficina de Control Interno o quien haga sus veces.
5. Realizar el seguimiento a las acciones preventivas o correctivas implementadas objeto de la auditoria. Responsable: Oficina de Control Interno o quien desempeñe sus funciones.

2.4.4.3 Componente Planes de Mejoramiento. Elementos que determinan las acciones de mejoramiento requeridas para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones.

- **Plan de Mejoramiento Institucional.** Comprende las acciones de mejoramiento de los procesos que debe efectuar la entidad para cumplir con su función, misión y objetivos. Contiene las recomendaciones generados por los Componentes de Auditoria Interna y Evaluación Independiente

Para diseñarlo, se deben considerar, las recomendaciones de la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno, las recomendaciones contenidas en los Informes de Auditoria Interna y Control Fiscal. Los pasos a seguir son:

1. Elaborar el Plan de Mejoramiento Institucional considerando, entre otros, los siguientes aspectos:
 - a. Procesos
 - b. Área organizacional responsable
 - c. Causas
 - d. Acciones
 - e. Indicadores
 - f. Responsables de la ejecución
 - g. Recursos
 - h. Cronograma de ejecución
 - i. ObservacionesResponsable: Representante Legal y los funcionarios responsables de los procesos.
2. Presentar los avances a la ejecución del Plan de Mejoramiento Institucional al Comité de Coordinación de Control Interno. Responsable: Representante de la Dirección, los funcionarios responsables de los procesos y Equipo MECI.
3. Hacer seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento Institucional. Responsable: Oficina de Control Interno o quien desempeñe sus funciones.

- **Plan de Mejoramiento por Procesos.** Contienen las acciones para corregir subsanar las variaciones presentadas entre las metas esperadas para cada proceso y los resultados alcanzados

Para su diseño, se debe considerar, las recomendaciones provenientes de la Auto evaluación del Control, Auto evaluación de la Gestión, la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno, y las recomendaciones contenidas en los Informes de Auditoria Interna. Los pasos a seguir son:

1. Elaborar y consolidar el Plan de Mejoramiento por Procesos, considerando los siguientes aspectos:
 - a. Procesos
 - b. Causas
 - c. Acciones
 - d. Indicadores
 - e. Responsables de la Ejecución
 - f. Recursos
 - g. Cronograma de Ejecución
 - h. Observaciones

Responsable: Representante Legal y servidores responsables de los procesos.

2. Presentar los avances a la ejecución del Plan de Mejoramiento por Procesos al Representante Legal. Responsable: funcionarios responsables de los procesos y Equipo MECI.
3. Hacer seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento por Procesos. Responsable: Oficina de Control Interno o quien desempeñe sus funciones.

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

Para su diseño es necesario tener en cuenta, las recomendaciones de la Auto evaluación del Control, Auto evaluación de la Gestión, la Evaluación Independiente al Sistema de Control Interno; también las recomendaciones contenidas en los Informes de Auditoria Interna y los resultados de las evaluaciones del desempeño. Los pasos a seguir son:

1. Establecer los compromisos asumidos por el funcionario para mejorar actitudes o conductas que inciden en su desempeño. Así mismo, en este Plan debe quedar claro el compromiso del funcionario para recibir la

capacitación que suministra la entidad, en el Plan de Capacitación, para mejorar su capacidad individual para el desempeño de su cargo.
Responsable: el funcionario y su superior inmediato.

- 2.** Efectuar seguimiento y evaluación al Plan de Mejoramiento Individual.
Responsable: El funcionario y su superior inmediato.

3. AUTODIAGNÓSTICO PROSANAR

Los resultados de la aplicación de las encuestas son:

Cuadro 2. Evaluación del autodiagnóstico PROSANAR

Subsistema	Componentes	Elementos	Punt	Punt Inter Comp	Criterio Eval Comp
CONTROL ESTRATÉGICO	Ambiente de control	Acuerdos Compromisos Protoc. Éticos	1	1.33	No se cumple
		Desarrollo del talento humano	2		
		Estilo de dirección	1		
	Direccionamiento estratégico	Planes y programas	2	2.33	Insatisfact
		Modelo oper. Por procesar	2		
		Estructura organización	3		
	Administración De riesgos	Contexto estratégico	3	3.2	Se cumple aceptablemente
		Identificac. De riesgos	4		
		Análisis de riesgos	3		
		Valoración de riesgos	3		
CONTROL DE GESTIÓN	Actividades De control	Políticas de operación	1	2.4	Insatisfact
		Procedimiento	3		
		Controles	3		
		Indicadores	3		
		Manual de procedimiento	2		
	Información	Inf. Primaria	3	2.6	Insatisfact
		Inf. Secundaria	3		
		Sistema de información	2		
	Comunicación Publica	Com. Organz	2	1.66	No se cumple
		Com. Inform	1		
Medios comun.		2			
CONTROL DE EVALUACION	Autoevaluación	Autoev. Control	1	1.5	No se cumple
		Autoev.gestion	2		
	Planes de mejoramiento	Plan de mejor institucional	1	1	No se cumple
		Plan de mej. Por procesos	1		
		Plan de mejoramiento individual	1		

Fuente: investigadora

3.1 SITUACIÓN ACTUAL

Cuadro 3. Subsistemas, componentes, situación actual

Subsistema	Componentes	Elementos	Situación actual
CONTROL ESTRATÉGICO	ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS	Perfiles de cargo Selección de personal Inducción y Reinducción Capacitación Bienestar Social Evaluación del Desempeño	PROSANAR LTDA. no dispone de un Código de Ética donde se expliciten los valores institucionales de la entidad, las políticas éticas, y los conflictos de interés.
	DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	Perfiles del cargo. Selección de personal Inducción y Reinducción Capacitación Bienestar Social Evaluación del Desempeño	La UBA PROSANAR LTDA No tiene definida la política y los procedimientos de la entidad, frente a los temas de talento humano, para planear el desarrollo del recurso humano en las fases de ingreso (comprende los procesos de vinculación e inducción), permanencia (comprende los procesos de capacitación, evaluación del desempeño y estímulos), y retiro (comprende los eventos de desvinculación bien sea por pensión o retiro voluntario).
	ESTILO DE DIRECCIÓN	Orientación estratégica de la Entidad. Políticas de Buen Gobierno Políticas para la dirección y delegación Políticas de relación con los Órganos de Control Externo. Políticas frente a los grupos de interés Políticas frente al sistema de control interno.	La totalidad de los funcionarios encuestados afirmo que la Alta Dirección no delega responsabilidades para la oportuna toma de decisiones; tampoco facilita la participación de las partes interesadas y los usuarios para ejercer el control social. Además creen que no existe compromiso de la Alta Dirección con el diseño y cumplimiento de las políticas y practicas para el desarrollo del Talento Humano. Sostienen que tampoco guía y orienta las acciones necesarias para el cumplimiento del objeto social de la entidad Sus actuaciones no generan confianza en los funcionarios y no facilitan su participación en los diferentes procesos de la misma Teniendo en cuenta el alcance y contenido que debe llevar el Código de Buen Gobierno, se encontró que en cuanto a normas de conducta, mecanismos e instrumentos adoptados por las instancias de dirección,

CONTROL ESTRATÉGICO			administración y gestión, PROSANAR LTDA. al no establecer el Código de Ética, no definió la política general y la definición de los eventos donde se presentan conflictos de interés, como tampoco una política ética para directivos y funcionarios
	PLANES Y PROGRAMAS	<p>Misión y Visión de PROSANAR LTDA.</p> <p>Plan Estratégico y un Plan de Acción Anual, con la Misión y Visión de la Entidad.</p> <p>Plan Estratégico y los Planes de Acción con las necesidades de los clientes, beneficiarios y partes interesadas.</p> <p>Políticas de planeación, seguimiento, ajustes y evaluación al Plan Estratégico y a los Planes de Acción Anual.</p>	<p>No existe un Plan Estratégico. Existe la misión y visión documentada y las actividades a desarrollar.</p> <p>Insatisfactoriamente conocen la misión y la visión de la entidad</p> <p>No conocen el plan de Gestión Anual.</p>
	MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	Manual de procesos	<ul style="list-style-type: none"> • La Entidad basa su operación en el trabajo por áreas o dependencias, no es claro el trabajo bajo un enfoque por procesos. • Existe un Mapa de Procesos que involucra Procesos Misionales o de Gestión y Procesos de Apoyo. • Cada proceso cuenta con su código de identificación e incluye los subprocesos que hacen parte de él. • Se realizó una nueva propuesta en consenso con la Alta Dirección de cuales son los procesos misionales, estratégicos, de apoyo y de evaluación del Mapa de Procesos de PROSANAR LTDA.

CONTROL ESTRATÉGICO	ESTRUCTURA ORGANIZACIONA L	Estructura organizacional Manual de cargos	<ul style="list-style-type: none"> • La entidad cuenta con una estructura definida, en el cual se determinan las funciones de sus dependencias. • Existe un Manual de Cargos para los funcionarios de PROSANAR LTDA. (actualizado en el mes de septiembre de 2007).
	CONTEXTO ESTRATÉGICO	Mapas de riesgo Manual de operaciones de tesorería	<p>Para el conocimiento de circunstancias internas y externas que puedan generar eventos que originen oportunidades o afecten el cumplimiento de la misión y objetivos de PROSANAR LTDA., según la muestra encuestada, se cuenta con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metodología para la elaboración de los Mapas de Riesgo, donde cada área identifica sus riesgos. <p>Se cuenta con un Manual de Operaciones de Tesorería, el cual contiene las definiciones de los riesgos inherentes a este proceso.</p>
	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	Mapa de riesgos por áreas	<ul style="list-style-type: none"> • Existe un Mapa de Riesgos elaborado por cada una de las áreas; la última actualización se realizó en junio de 2.006. • Incluye la identificación del riesgo, su descripción y las posibles consecuencias de su ocurrencia. • También, el análisis del riesgo y su acción preventiva: contiene para cada riesgo el impacto o consecuencia; la probabilidad de ocurrencia; el control existente; el nivel del riesgo; la acción preventiva; responsable, cronograma e indicadores.
	ANÁLISIS DE RIESGOS	Mapa de riesgos de la entidad	<p>La totalidad de la muestra encuestada afirmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Mapa de riesgos de la entidad contempla la probabilidad de ocurrencia de los riesgos allí contenidos y el impacto de sus consecuencias. • Las metodologías de análisis de Riesgos utilizadas, referentes a los riesgos de crédito, mercado se trabajan mensualmente y contemplan probabilidad de ocurrencia.
		Mapas de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Existe valoración puntual de los riesgos de crédito, mercado,

	VALORACIÓN DE RIESGOS		<p>liquidez y operaciones de tesorería.</p> <p>Existe valoración de los riesgos identificados en el Mapa de Riesgos por las Áreas</p>
	POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	Políticas de riesgos	<p>La totalidad de la muestra encuestada, señalo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Existen políticas para el manejo de los riesgos de crédito, mercado, liquidez y operaciones de tesorería, están documentadas en el Manual de Operaciones de Tesorería
CONTROL DE GESTIÓN	POLÍTICAS DE OPERACIÓN	Políticas de operación	<ul style="list-style-type: none"> En la entidad no se cuenta con una metodología establecida para definir las Políticas de operación basadas en normas legales, lineamientos estratégicos, en especial aquellas relacionadas con la administración de riesgos. <p>Por otra parte la entidad cuenta con documentos que se pueden utilizar como base para establecer políticas de operación tales como el Reglamento para los créditos a empleados y por supuesto el mapa de riesgos de la entidad y los planes de PROSANAR LTDA</p>
	PROCEDIMIENTOS	Manual de procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> El Manual de Normas y Procedimientos contiene 114 procedimientos que corresponden a los 14 procesos del mapa de procesos anterior. Algunos se describen gráficamente a través de flujogramas y con detalle escrito, otros sólo tienen la descripción en forma escrita.
	CONTROLES	Mapa de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> Los controles que se encuentran identificados dentro de los procedimientos, en su mayoría hacen referencia a los sistemas de información y son de carácter preventivo. Sin embargo, no obedecen a una evaluación de riesgos, son definidos por la experiencia de quienes hacen parte del proceso. Adicionalmente en el Mapa de Riesgos de PROSANAR LTDA. se encuentran definidos los controles para cada riesgo detectado en las diferentes dependencias.
	INDICADORES	Indicadores de gestión	<p>La totalidad de la muestra afirmo:</p> <ul style="list-style-type: none"> Los indicadores existentes están definidos en el Plan de Acción Anual. Los indicadores existentes no están asociados a los procesos ni

CONTROL DE GESTIÓN			están definidos con base en los factores críticos de éxito
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	Manual de procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> En PROSANAR LTDA. no existe un instrumento guía que consolide todos los documentos que debe contener el manual de operación o procedimientos. <p>Existen documentos independientes que contienen la Misión, Visión, Mapa de Procesos y su descripción, Manual de Funciones y Requisitos, Código de Ética, Mapa de Riesgos, Planta de Personal, entre otros</p>
	INFORMACIÓN PRIMARIA	Manual de procedimientos	<p>En general y de acuerdo con lo consultado en las diferentes Áreas de PROSANAR LTDA., son fuentes de información primaria para su desempeño, entre otras las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Leyes, Decretos, Resoluciones, Directivas, Circulares y Documentación inherente a la gestión de PROSANAR LTDA., DIAN, requerimientos de los organismos de vigilancia y control, comunidad, quejas y reclamos, beneficiarios potenciales por sectores y por tipo
	INFORMACIÓN SECUNDARIA	Sistema de comunicación interna	<ul style="list-style-type: none"> La entidad en cuanto al manejo de información formal, genera información referente a su gestión para satisfacer requerimientos de información realizados por partes interesadas o grupos de interés. Cada dependencia, de acuerdo con su competencia y según lo establecido en los procesos, registra la información en los sistemas de información, aplicativos y bases de datos establecidos en la entidad. Algunas dependencias manejan en hojas de Excel bases de datos que les permiten realizar control de su respectiva gestión.
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Base de datos	<ul style="list-style-type: none"> La entidad cuenta con el software Ciklos como base de datos de las historias clínicas
	COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	Sistema de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> Se cuenta con un canal de comunicación descendente, es decir de la Alta Dirección hacia los demás niveles de la organización, definido en un Acta de Junta de Socios, en el cual se determinó que los asistentes a la Junta deben, comunicar los temas tratados y las decisiones tomadas. Sin embargo, no existe un instrumento o mecanismo de seguimiento que permita evidenciar la eficacia del flujo de comunicación.
	Sistema de dirección	<ul style="list-style-type: none"> La Alta Dirección es la encargada de divulgar la información 	

	COMUNICACIÓN INFORMATIVA		<p>externa relacionada con la gestión de la entidad, de acuerdo con los públicos objetivo (clientes, usuarios, comunidad, entre otros).</p> <ul style="list-style-type: none"> No existe un Plan de Comunicación y este no existe en el Plan Estratégico Organizacional (público objetivo, temas a divulgar, medios de comunicación, etc.).
	MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Medios de comunicación interna y externa	<ul style="list-style-type: none"> PROSANAR LTDA. cuenta con los siguientes medios de comunicación interna y externa: carteleras y correspondencia
CONTROL DE EVALUACIÓN	AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL	Control interno	<ul style="list-style-type: none"> La entidad no cuenta con un mecanismo diseñado para la verificación y evaluación periódica de los controles internos a nivel de los procesos y de cada dependencia que evidencien la aplicación del elemento. Actualmente no se generan informes de auto análisis para el mejoramiento de los controles del proceso, dependencia y la entidad, que le permita a los funcionarios generar sus acciones de mejoramiento.
	AUTO EVALUACIÓN DE GESTIÓN	Indicadores de gestión	<p>La entidad cuenta indicadores de gestión definidos en su Plan de Acción Anual a los cuales se les realiza un seguimiento mensual que se presenta por la Alta Dirección en la Junta de Socios, donde se analizan las desviaciones y las medidas correctivas detectadas por los responsables. Sin embargo, la entidad no cuenta con un mecanismo estandarizado que permita la participación de todos los servidores públicos y de las dependencias en la evaluación, presentación y discusión de resultados de los indicadores de gestión, tal como se refleja en los siguientes resultados de la encuesta.</p> <ul style="list-style-type: none"> La mitad de la muestra afirma que la Alta Dirección comprende la importancia del monitoreo de los indicadores de gestión sin embargo no es claro que las acciones de mejoramiento sean coherentes con el resultado del análisis de los indicadores. A nivel general la entidad no genera informes de Auto evaluación de la gestión por área organizacional o por proceso.
	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	Auditoría interna	<ul style="list-style-type: none"> Existe una Auditoría Externa. <p>Los resultados se presentan en un Informe de Control Interno a la Junta de Socios, con sus respectivas observaciones y recomendaciones del caso</p>
		Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> La Alta Dirección cuenta con un programa de Auditoría para cada uno

CONTROL DE EVALUACIÓN	AUDITORIA INTERNA		<p>de los procesos, el cual involucra los procedimientos y herramientas que apoyan los procesos de evaluación independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los procesos de Auditoría incorporan planeación, ejecución, elaboración de informes y seguimiento. • Los informes involucran una serie de observaciones y recomendaciones a cada uno de los procesos auditados; las acciones de mejoramiento son verificadas en la etapa de seguimiento. • El informe se comunica y discute con el responsable del proceso y el jefe del área encargada, para después entregar la versión definitiva a la Junta de Socios de la entidad
	PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL	Plan de mejoramiento institucional	<p>PROSANAR LTDA. en Planes de Mejoramiento Institucional cuenta con el plan formulado producto de las observaciones de la auditoría externa, realizada en el primer semestre del año 2.008.</p> <p>Existe un diagnóstico institucional del primer semestre del 2008, donde participó el Grupo Directivo y todas las Áreas, fue dirigido a la Junta de Socios</p> <ul style="list-style-type: none"> • De los puntos señalados anteriormente, la encuesta refleja que existe desconocimiento de los mismos, por parte de la mayoría de funcionarios.
	PLAN DE MEJORAMIENTO POR PROCESOS	Plan de mejoramiento institucional	<p>Se cuenta con las acciones derivadas de las recomendaciones de las auditorías externas a los procesos, a la gestión de las áreas y a actividades puntuales.</p> <p>En este caso las acciones definidas, son atendidas por cada Área en forma puntual, no obedecen específicamente a la formulación de un plan de mejoramiento por procesos, con una metodología para determinar y hacer plan de mejora de los procesos la cual no está implementada en forma sistemática, tampoco es conocida en todos los niveles de la entidad.</p>
	PLAN DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL	Plan de mejoramiento institucional	<p>Los compromisos de las áreas frente a los Planes de Mejoramiento Institucional y de procesos o funciones de Área los asigna directamente el jefe, en forma puntual, sin obedecer a la formulación de planes de mejoramiento individual.</p>

Fuente: Investigadora

3.2 PROPUESTA DE DISEÑO

Cuadro 4. Subsistemas, componentes, propuesta de diseño

Subsistema	Componentes	Elementos	Propuesta de diseño
CONTROL ESTRATÉGICO	ACUERDOS, COMPROMISOS O PROTOCOLOS ÉTICOS	Perfiles de cargo Selección de personal Inducción y Reinducción Capacitación Bienestar Social Evaluación del Desempeño	<p>Crear el Código de Ética, verificando la coherencia con la función institucional de la entidad y la promoción del autocontrol en la conducta de los funcionarios; debe formular los valores éticos de la entidad y las directrices para la gestión ética que adopta la entidad, para su relación con los distintos grupos de interés.</p> <p>Adoptar y divulgar el Código de Ética actualizado a los funcionarios de PROSANAR LTDA. y a los grupos de interés establecidos, como otras entidades, contratistas, proveedores, etc., que se relacionan con la organización.</p> <p>Diseñar las herramientas y/o mecanismos requeridos para implementar el Código de Ética, en las relaciones con los funcionarios y con los diferentes grupos de interés.</p> <p>Definir los controles que permitan la detección de violaciones al Código de Ética.</p> <p>Diseñar las herramientas o mecanismos necesarios para realizar seguimiento periódico a la aplicación del Código de Ética, buscando el mejoramiento continuo de este instrumento.</p>
	DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	Perfiles del cargo. Selección de personal Inducción y Reinducción Capacitación Bienestar Social	<p>Definir la política y procedimientos para los procesos de selección, inducción y reinducción, formación, capacitación, evaluación del desempeño, promociones, incentivos y retiro de los funcionarios.</p> <p>Diseñar las herramientas o mecanismos que permitan mantener actualizada la política y los procedimientos que soportan el desarrollo del talento humano, garantizando los conocimientos y habilidades necesarias, para que los funcionarios enfrenten adecuadamente las funciones de la entidad.</p> <p>Divulgar las políticas y procedimientos de Desarrollo del Talento Humano</p>

CONTROL ESTRATÉGICO		Evaluación del Desempeño	garantizando la interiorización de los mismos, en todos los niveles de la organización.
	ESTILO DE DIRECCIÓN	<p>Orientación estratégica de la Entidad.</p> <p>Políticas de Buen Gobierno</p> <p>Políticas para la dirección y delegación</p> <p>Políticas de relación con los Órganos de Control Externo.</p> <p>Políticas frente a los grupos de interés</p> <p>Políticas frente al sistema de control interno.</p>	<p>Ajustar el Código de Buen Gobierno, incluyendo las siguientes etapas:</p> <p>Sensibilizar a la alta dirección.</p> <p>Definir los acuerdos básicos para la formulación del Código de Buen Gobierno.</p> <p>Elaborar la versión preliminar del Código de Buen Gobierno.</p> <p>Aprobar y adoptar el Código de Buen Gobierno.</p> <p>Divulgar el Código de Buen Gobierno.</p> <p>Administrar y realizar medición de la aplicación del Código de Buen Gobierno.</p>
	PLANES Y PROGRAMAS	<p>Misión y Visión de PROSANAR LTDA.</p> <p>Plan Estratégico y un Plan de Acción Anual, con la Misión y Visión de la Entidad.</p> <p>Plan Estratégico y los Planes de Acción con las necesidades de los clientes, beneficiarios y partes interesadas.</p> <p>Políticas de</p>	<p>Determinar las necesidades, expectativas y requerimientos de los clientes, beneficiarios y partes interesadas en los productos y servicios con que cuenta PROSANAR LTDA..</p> <p>Revisar la Misión y Visión de PROSANAR LTDA. y determinar si es necesario ajustarla para que esté acorde con el propósito de la entidad, de acuerdo con sus funciones.</p> <p>Elaborar un Plan Estratégico y un Plan de Acción Anual, con la Misión y Visión de la Entidad.</p> <p>Alinear el Plan Estratégico y los Planes de Acción con las necesidades de los clientes, beneficiarios y partes interesadas.</p> <p>Definir los recursos necesarios a utilizar para el cumplimiento de los planes y programas así como el presupuesto requerido.</p>

CONTROL ESTRATÉGICO		planeación, seguimiento, ajustes y evaluación al Plan Estratégico y a los Planes de Acción Anual.	<p>Elaborar un Mapa Estratégico en el cual se visualice la relación entre misión, visión, objetivos, estrategias, planes , programas , proyectos, metas, recursos e indicadores</p> <p>Divulgar por cualquier medio en todos los niveles de la organización y a los grupos de interés, los planes y programas de la entidad.</p> <p>Establecer políticas de planeación, seguimiento, ajustes y evaluación al Plan Estratégico y a los Planes de Acción Anual. Adicionalmente fortalecer la metodología y procedimientos relacionados</p>
	MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS	Manual de procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Definir la metodología para la elaboración, divulgación, seguimiento y mejoramiento del Manual de Procesos. • Elaborar el Manual de Procesos. Incluye: <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los procesos que garantizan el cumplimiento de la función, misión y visión de la Entidad, según sean estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y control. 2. Caracterizar los procesos: se debe tener en cuenta algunos elementos como el macro proceso al que pertenece el proceso, nombre del proceso, código, alcance, objetivo, soporte legal, versión, insumos, proveedores, actividades del proceso, descripción, recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información, responsables del proceso, productos, clientes, puntos de control e indicadores. 3. Determinar las interrelaciones entre los procesos identificados 4. Elaborar el normograma que incluya la normatividad interna y externa pertinente a cada proceso y/o subproceso constitutivo del Modelo de Operación por Procesos. • Divulgar y entrenar a los funcionarios en todos los niveles de la organización en el manejo del Manual de Procesos. <p>Realizar seguimiento y mejoramiento periódico al Manual de Procesos.</p>
	MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS		<ol style="list-style-type: none"> 2. Caracterizar los procesos: se debe tener en cuenta algunos elementos como el macro proceso al que pertenece el proceso, nombre del proceso, código, alcance, objetivo, soporte legal, versión, insumos, proveedores, actividades del proceso, descripción, recursos humanos, tecnológicos, financieros y de información, responsables del proceso, productos, clientes, puntos de control e indicadores. 3. Determinar las interrelaciones entre los procesos identificados 4. Elaborar el normograma que incluya la normatividad interna y externa pertinente a cada proceso y/o subproceso constitutivo del Modelo de Operación por Procesos. <ul style="list-style-type: none"> • Divulgar y entrenar a los funcionarios en todos los niveles de la organización en el manejo del Manual de Procesos. <p>Realizar seguimiento y mejoramiento periódico al Manual de Procesos.</p>
	ESTRUCTURA ORGANIZACION	Estructura organizacional Manual de cargos	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar el manual de funciones y competencias de FINDETER teniendo en cuenta los procesos y procedimientos que conforman el Modelo de Operación por Procesos. • Definir los niveles de responsabilidad, autoridad y relación con los demás

CONTROL ESTRATÉGICO	AL		<p>cargos para cada uno de los cargos de la estructura organizacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> Definir la planta de personal y la nueva estructura de la entidad, si es el caso. Definir la metodología que permita hacer seguimiento y garantice la actualización permanente de los manuales de funciones y competencias.
	CONTEXTO ESTRATÉGICO	<p>Mapas de riesgo</p> <p>Manual de operaciones de tesorería</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definir y aprobar una metodología para establecer los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. Estudiar los insumos generados en el componente direccionamiento estratégico con la participación de funcionarios de los distintos niveles, realizar un análisis y describir las situaciones generadoras de riesgos. Revisar la aplicación y resultado de las metodologías que identifican los riesgos internos y externos a los que está expuesta la entidad para el cumplimiento de su función institucional.
	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	<p>Mapa de riesgos por áreas</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos; los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. Determinar los efectos, agentes generadores y causas de los riesgos identificados que afectan el desempeño de los procesos, subprocesos, procedimientos y actividades, Validar por parte de la Alta Dirección la identificación de los riesgos, verificar su ajuste al Modelo de Operación por Procesos y dar los lineamientos de las acciones a seguir.
	ANÁLISIS DE RIESGOS	<p>Mapa de riesgos de la entidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. Estimar la probabilidad de ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo, generando una calificación del riesgo
		<p>Mapas de riesgos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto

CONTROL ESTRATÉGICO	VALORACIÓN DE RIESGOS		<p>evaluación del elemento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los controles existentes, describiendo si son preventivos o Correctivos. • Priorizar y valorar los respectivos riesgos en los procesos, subprocesos y actividades, de acuerdo con el Modelo de Operación por Procesos. • Ajustar el mapa de riesgos de la entidad, trabajándolo por procesos
	POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	Políticas de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Formular, divulgar y aplicar las Políticas de Administración de Riesgos, incluyendo los parámetros para la aceptación, prevención, protección, eliminación o transferencia del riesgo, considerando previamente el diseño de los controles que desarrollará el Componente de Actividades de Control. • Definir y aplicar mecanismos de evaluación y revisión periódica de las Políticas de Administración de Riesgos, su adaptación a las diferentes circunstancias de la entidad y acciones a realizar en caso de incumplimiento.
CONTROL DE GESTIÓN	POLÍTICAS DE OPERACIÓN	Políticas de operación	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Revisar las políticas establecidas en los manuales de procedimientos y memorandos; consolidarlos para su reformulación y formulación de otras Políticas de Operación. • Analizar los objetivos de los procesos, las estrategias definidas en los planes y programas, las políticas de administración de riesgos, los requerimientos y necesidades del usuario, las especificaciones del servicio, entre otras, con el fin de establecer en donde se requiera el diseño e implementación de las políticas de operación que faciliten la operatividad y ejecución de los procesos hacia el cumplimiento de los objetivos fijados.

			<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar documento que consolide las políticas de operación clasificadas por procesos. • Aprobar las Políticas de Operación. • Divulgar a todos los niveles de la organización las Políticas de Operación. • Definir las decisiones a tomar o las acciones a realizar en caso de incumplimiento de estas políticas. • Definir los parámetros que obliguen a la revisión periódica del cumplimiento de estas políticas y adaptación de éstas a las diferentes circunstancias que pueden presentarse en la operación de la entidad.
CONTROL DE GESTIÓN	PROCEDIMIENTOS	Manual de procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Definir y documentar los procedimientos, considerando las actividades de los procesos, la forma en que estas se realizan, los responsables (analizar los perfiles de los cargos), formatos o registros utilizados y tiempos, de tal forma que se garantice el cumplimiento de los objetivos de los procesos y la integración entre éstos elementos. • Aprobar los procedimientos sugeridos para cada proceso. • Elaborar estrategia de difusión de los procedimientos y responsabilidades a cargo de los servidores públicos. • Revisar periódicamente la descripción de los procedimientos, efectuar los ajustes necesarios y socializar los cambios. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del Elemento de Control.
		Mapa de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los criterios y parámetros necesarios para el diseño de controles en las actividades de los procesos definidos en el Modelo de Operación. • Diseñar los controles preventivos y correctivos tomando como base la calificación y evaluación de los riesgos de la entidad. Se recomienda utilizar el formato “Diseño de Controles y Análisis de Efectividad” definido en el Manual de Implementación.

CONTROL DE GESTIÓN	CONTROLES	Indicadores de gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Analizar y aprobar los controles preventivos y correctivos. • Medir la eficacia, eficiencia y efectividad de los controles. Se recomienda utilizar la guía de administración del riesgo emitida por el DAFP. • Divulgar a todos los funcionarios los controles preventivos y correctivos en las actividades que cada uno de ellos debe llevar a cabo para lograr los propósitos institucionales. • Revisar periódicamente los controles diseñados para cada actividad y proponer los ajustes necesarios. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del Elemento de Control. • Establecer criterios y parámetros para el diseño de los indicadores al igual que identificar los Factores Críticos de éxito que deben tenerse en cuenta a nivel estratégico para una adecuada medición. • Diseñar indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad para los planes, programas, proyectos y procesos de la entidad con base en los criterios y parámetros definidos. • Analizar y aprobar los indicadores diseñados. • Medir periódicamente los resultados de los indicadores diseñados. • Revisar periódicamente el diseño, pertinencia de los indicadores y su adaptación a las diferentes circunstancias que pueden afectar la Entidad. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del Elemento de Control. •
	INDICADORES		<ul style="list-style-type: none"> • Establecer los criterios y parámetros necesarios para el diseño, construcción, implementación y seguimiento del Manual de Operación.
		Manual de procedimientos	

CONTROL DE GESTIÓN	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS		<ul style="list-style-type: none"> • Recopilar la información constitutiva del manual de operación o procedimientos, • Elaborar el Manual de Operación o Procedimientos • Analizar y aprobar el Manual de Operación o Procedimientos a través de un Acto Administrativo • Divulgar y capacitar a los funcionarios, tendientes a fortalecer el uso del Manual de Operación. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del Elemento de Control
	INFORMACIÓN PRIMARIA	Manual de procedimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Revisar las fuentes de información primaria que brinden confianza y contacto directo con los grupos de interés, y de los mecanismos para que exista una interacción permanente y fluida, según conveniencia. • Verificar y relacionar la existencia de medios que permitan recibir, procesar y dar respuesta a los grupos de interés en forma eficiente y oportuna. • Divulgar y socializar, según competencia las fuentes y medios respectivos de información primaria, sensibilizar a todos los funcionarios sobre la importancia y uso de la misma, como recurso para la gestión adecuada y oportuna de los procesos y demás actividades de las áreas. • Revisar la efectividad del manejo actual de las quejas y reclamos y generar las acciones preventivas y correctivas que sean necesarias para su funcionamiento adecuado. • Revisar periódicamente las políticas de información primaria definidas en el Código de Buen Gobierno y efectuar los ajustes necesarios.
		Sistema de comunicación interna	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento.

CONTROL DE GESTIÓN	INFORMACIÓN SECUNDARIA		<ul style="list-style-type: none"> • Revisar las fuentes de información secundaria existentes y los requerimientos de información de órganos de control, usuarios y partes interesadas, para determinar y canalizar su efectividad hacia el logro de los objetivos institucionales, garantizando el registro oportuno y confiable de la información requerida por éstos. • Revisar que la totalidad de los procesos/subprocesos de la entidad contemplen las salidas de información necesarias a los grupos de interés internos y externos. • Divulgar y socializar la información secundaria entre los grupos de interés internos. • Revisar periódicamente las políticas de información secundaria definidas en el Código de Buen Gobierno
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN	Base de datos	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Establecer la metodología que garantice la revisión del diseño, implementación, operación, mantenimiento y auto evaluación del Elemento Control de Sistemas de Información. • Validar la consistencia y coherencia de los datos procesados y generados por los aplicativos de la entidad con la información secundaria esperada de los planes, programas, proyectos y procesos de la entidad. • Definir los responsables de la administración y utilización de los sistemas de información y asegurar su permanente capacitación. • Establecer políticas de administración y utilización de los sistemas de información, incluyendo la revisión periódica de las mismas. • Validar la pertinencia y disponibilidad de los aplicativos para que permita cumplir con las características esperadas por los usuarios.

CONTROL DE GESTIÓN			<ul style="list-style-type: none"> • Validar la consistencia y aplicación, y realizar los ajustes pertinentes de los sistemas de información, aplicativos, base de datos y demás medios utilizados para el manejo de información interna. • Difundir en todos los niveles de la entidad los sistemas y medios de información existentes tanto internos como externos, siendo éstos recursos indispensables para la adecuada operación institucional. • Establecer mecanismos que permitan realizar seguimiento y control a la administración de los sistemas y demás medios de información.
	COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL	Sistema de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Establecer, divulgar, revisar y ajustar periódicamente la política de comunicación organizacional. • Definir la información que será comunicada a los servidores públicos de la Entidad. • Revisar y actualizar los grupos de interés o clientes internos a quienes se tiene la obligación de comunicar la información que se produce a nivel de actividades o tareas. • Establecer las responsabilidades de información de la comunicación interna, que cada servidor tiene con los demás servidores para el ejercicio de sus cargos. • Revisar y redefinir los canales de comunicación existentes descendentes, ascendentes y transversales. • Elaborar el Plan de Comunicaciones y Medios – Comunicación Organizacional en términos de estrategias, acciones, responsables, periodicidad, medios, entre otros, que permitan que la información fluya en todas las direcciones.

CONTROL DE GESTIÓN			<ul style="list-style-type: none"> • Divulgar el Plan de Comunicaciones y Medios a todos los niveles de la organización, hacer seguimiento y mejoramiento periódico al Plan de Comunicación Organizacional. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del Elemento de Control.
	COMUNICACIÓN INFORMATIVA	Sistema de dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Establecer, divulgar y revisar periódicamente la política de comunicación informativa. • Revisar y actualizar los grupos de interés externos a quienes se tiene la obligación de comunicar los proyectos, su ejecución y los resultados obtenidos por la entidad. • Revisar el tipo de información que será comunicada a cada uno de los públicos identificados. • Establecer las responsabilidades de comunicación externa en cada uno de los procesos, actividades y tareas que configuran la operación de la entidad. • Revisar los mecanismos o herramientas que permitan evaluar si la información que se comunica a los públicos externos es confiable, útil y oportuna. • Desarrollar el Plan de Comunicación y Medios – Comunicación Informativa en términos de estrategias, acciones, responsables, periodicidad, medios, entre otros que permitan que la información fluya en todas las direcciones. • Divulgar el Plan de Comunicaciones y Medios – Comunicación

CONTROL DE GESTIÓN			<p>Informativa a todos los niveles de la organización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento y mejoramiento periódico al Plan de Comunicaciones y Medios - Comunicación Informativa. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del Elemento de Control •
	MEDIOS DE COMUNICACIÓN	Medios de comunicación interna y externa	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Revisión de los medios de comunicación institucionales existentes y definición de la necesidad de incorporar medios de comunicación adicionales. • Previsión de la responsabilidad por el manejo de los medios de comunicación para que satisfagan los fines perseguidos por la Comunicación Organizacional. • Medición de la efectividad en la información suministrada a través de los medios de comunicación sobre los públicos internos. • Divulgación al interior de PROSANAR LTDA. del Plan de Comunicaciones y Medios. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del Elemento de Control.
CONTROL DE EVALUACIÓN	AUTO EVALUACIÓN DEL CONTROL	Control interno	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Divulgar y capacitar sobre los mecanismos e instrumentos utilizados para la realización de la Auto evaluación del control.

CONTROL DE EVALUACIÓN			<ul style="list-style-type: none"> • Planear y ejecutar con cada dependencia un cronograma de trabajo para realizar la auto evaluación del control. • Analizar resultados y elaborar informe resultante de la auto evaluación del control junto con las acciones de mejoramiento e implementar. • Presentar al Comité de Coordinación de Control Interno los resultados de la auto evaluación del control. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del Elemento de Control.
	AUTO EVALUACIÓN DE GESTIÓN	Indicadores de gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Realizar el análisis de los resultados obtenidos al aplicar cada indicador, utilizando como base el Formato Diseño de Indicadores del componente actividades de control, verificando la pertinencia de los indicadores en términos de eficiencia, efectividad y eficacia. El análisis debe comprender: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el comportamiento del indicador, establecer si la desviación es significativa; • Definir acciones correctivas; • Definir el plan de mejoramiento. • Realizar el análisis del conjunto de los controles e indicadores con el fin de determinar la necesidad de replantearlos o eliminarlos. • Elaborar un informe de auto evaluación de la gestión por área o por procesos • Presentar los informes de auto evaluación de la Gestión al Comité de Coordinación de Control Interno. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del elemento.
	EVALUACIÓN INDEPENDIENTE AL SISTEMA	Auditoría interna	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Aplicar la encuesta referencial que expida el Consejo Asesor del

	DE CONTROL INTERNO		<p>Gobierno Nacional para evaluar el sistema de control interno y/o el formato de Evaluación eventual independiente o demás instrumentos establecidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar, presentar y divulgar los informes de evaluación independiente del • Sistema de Control Interno a todos los niveles de la organización y al Comité de Coordinación de Control Interno. • Acordar acciones de mejoramiento con los responsables de cada proceso. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del elemento
CONTROL DE EVALUACIÓN	AUDITORIA INTERNA	Auditoría Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Ajustar el Plan de Auditoria Anual en cuanto a los procesos necesarios a auditar, una vez se encuentren identificados todos los procesos y estén definidos en el mapa de procesos de la Entidad. • Se recomienda elaborar un plan unificado o integral para la realización de las diferentes auditorias (calidad, del sistema de control interno). • Presentar para aprobación el Plan de Auditoria Anual a la Coordinación de Control Interno y a la Junta Directiva. • Ejecutar el Plan de Auditoria Anual. • Elaborar informe resultante de las auditorias y presentar los resultados al responsable del proceso, los niveles de la organización involucrados y a la Junta de Socios de la entidad. • Realizar seguimiento a las acciones preventivas o correctivas implementadas.

CONTROL DE EVALUACIÓN			<ul style="list-style-type: none"> • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del elemento
	PLAN DE MEJORAMIENTO O INSTITUCIONAL	Plan de mejoramiento institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Elaborar y consolidar el plan de mejoramiento institucional. • Difundir el Plan de Mejoramiento Institucional en todos los niveles de la entidad. • Presentar los avances a la ejecución del plan de mejoramiento institucional. • Hacer seguimiento y evaluación al plan de mejoramiento institucional. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del elemento.
	PLAN DE MEJORAMIENTO O POR PROCESOS	Plan de mejoramiento institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Divulgar la metodología de los Planes de Mejoramiento por Procesos, según corresponda. • Elaborar y consolidar los planes de mejoramiento por proceso. • Realizar seguimiento y presentar los avances a la ejecución del plan de mejoramiento por procesos. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del elemento
	PLAN DE MEJORAMIENTO O INDIVIDUAL	Plan de mejoramiento institucional	<ul style="list-style-type: none"> • Definir y aprobar la metodología que establezca los parámetros, procedimientos, los métodos y la normatividad interna y externa que permitan el diseño, implementación, seguimiento, mejoramiento y auto evaluación del elemento. • Elaborar y consolidar los planes de mejoramiento individuales. • Realizar seguimiento y evaluación al plan de mejoramiento individual. • Realizar seguimiento y mejoramiento al funcionamiento del elemento

4. MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO MECI 1000:2005 PROSANAR

El Modelo Estándar de Control Interno – MECI 1000:2005, proporciona la estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo, y se adapta a las necesidades específicas de cada entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran.

El propósito esencial del MECI es orientar a las entidades hacia el cumplimiento de sus objetivos, para lo cual se estructura en tres grandes subsistemas, desagregados en sus respectivos componentes y elementos de control:

- 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.
- Subsistema de Control de Gestión: reúne e interrelaciona los parámetros de control de los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión: planes, programas, procesos, actividades, procedimientos, recursos, información y medios de comunicación
- Subsistema de Control de Evaluación: agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación y evaluación.

4.1 SUBSISTEMA CONTROL ESTRATÉGICO

El objetivo de este subsistema es la creación de una cultura organizacional, fundamentada en el control a los procesos de direccionamiento estratégico, administrativos y operativos de la institución.

4.1.1 Componente Ambiente de Control

Interrelación de un conjunto de elementos de control que otorgan una conciencia de control a los funcionarios de PROSANAR, influyendo en la planificación, la gestión de operaciones y en los procesos de mejoramiento institucional.

4.1.1.1 Acuerdos, compromisos o protocolos éticos

Elemento que determina el estándar de conducta de la entidad, y en consecuencia la de los funcionarios para la consecución de los propósitos de la entidad, manteniendo la coherencia de la gestión, con los principios establecidos en la Constitución Política, la ley y la finalidad social del Estado..

4.1.1.2 Desarrollo del talento humano. Este elemento define el compromiso de la entidad, con el desarrollo de las competencias, habilidades, aptitudes e idoneidad del funcionario. Establece las políticas y prácticas de gestión humana a implementar por PROSANAR, considerando los principios de justicia equidad y transparencia, al realizar los procesos de selección, inducción, formación, capacitación y evaluación del desempeño de los funcionarios de la entidad.

4.1.1.3 Estilo de Dirección. Define la manera que asume el nivel directivo para la conducción de la institución, en base a los principios y valores individuales. Constituye la forma adoptada por el nivel directivo, para guiar y orientar las acciones de la institución, generando autoridad y confianza al evidenciar capacidad gerencial y conocimiento de las necesidades de los usuarios y compromiso con el cumplimiento de la misión, visión, planes y programas.

4.1.2 Componente Direccionamiento Estratégico

Establece la ruta organizacional que debe seguir PROSANAR para lograr sus objetivos misionales; esta ruta requiere de revisiones periódicas para ajustarla a los cambios del entorno y al desarrollo sus funciones; además desarrolla su operación bajo los parámetros de calidad, eficiencia y eficacia, requeridos por la ciudadanía y las partes interesadas de la institución. También establece los parámetros de control y evaluación necesarios.

Está compuesto por tres elementos:

- Planes y Programas
- Modelo de operación
- Estructura Organizacional.

4.1.2.1 Planes y programas. Estos elementos permiten modelar la proyección de la entidad, a corto, mediano y largo plazo, y para impulsar y guiar sus actividades hacia las metas y los resultados previstos. Los planes y programas, materializan las estrategias establecidas de la organización, para cumplir con su misión, visión y objetivos institucionales establecidos, en un período de tiempo determinado. Adicionalmente asegura los recursos requeridos para el logro de los fines de la institución.

4.1.2.2 Modelo de Operación de procesos. Elemento de Control que permite conformar el estándar organizacional que soporta la operación de la entidad, articulando la misión y la visión, y orientándola hacia una organización por procesos, los cuales en su interacción, logran la transformación de los insumos en un producto, por medio de una gestión eficiente. Un modelo de operación se establece a partir de la identificación de los procesos y sus interacciones.

4.1.2.3 Estructura Organizacional. Elemento de control, que articula los cargos, las funciones, las relaciones, los niveles de responsabilidad y autoridad en PROSANAR, para dirigir y ejecutar los procesos de acuerdo con su misión y su función legal. La Estructura Organizacional está compuesta por la estructura de los niveles de autoridad, por la planta de personal y el manual de funciones y competencias laborales. Ella se define a partir de los procesos y procedimientos que conforman el modelo de operación y que permiten cumplir los objetivos institucionales.

4.1.3 Componente Administración del Riesgo¹³

Interrelación de elementos de Control que permiten a la institución evaluar los eventos negativos, bien sean internos o externos, que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos institucionales, o los eventos positivos que permitan identificar oportunidades para un mejor cumplimiento de su función.

4.1.3.1 Contexto estratégico. Establece el lineamiento estratégico que orienta las decisiones de la entidad, para hacer frente a los riesgos que pueden afectar el cumplimiento de sus objetivos.

Se determina a partir de la observación, distinción y análisis del conjunto de circunstancias internas y externas, que puedan generar eventos que originen oportunidades o amenazas para el cumplimiento de su función, misión y objetivos institucionales.

4.1.3.2 Identificación de riesgos. Elemento que posibilita conocer los eventos potenciales, que estén o no bajo el control de la institución, que ponen en riesgo el logro de su Misión, estableciendo las causas y efectos de su ocurrencia.

Esta identificación se realiza tomando como referente el Componente de Direccionamiento Estratégico. Luego, se determinan los eventos generados en el entorno externo o interno de la institución, que puedan afectar el logro de los objetivos. A continuación se presentan los conceptos que identifican el riesgo.

¹³ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Guía para la administración del riesgo. Bogotá. 2001(en línea, octubre 23). Disponible en Internet:www.google.com/www.dafp.gov.co

- **Riesgo:** es la posibilidad de ocurrencia de un evento negativo para el normal desarrollo de las funciones de la entidad, y afectar el logro de sus objetivos.
- **Causas:** son los medios, circunstancias y agentes generadores de riesgos.
- **Efectos:** las consecuencias de la ocurrencia del riesgo sobre los objetivos de la entidad; generalmente ocurren en las personas o los bienes materiales como: daños físicos y fallecimiento, sanciones, pérdidas económicas, de información, de bienes, de imagen, de credibilidad y de confianza, interrupción del servicio y daño ambiental.

4.1.3.3 Análisis de Riesgos. Este elemento permite establecer la probabilidad de ocurrencia de los eventos positivos y/o negativos, y el impacto de sus consecuencias. Se califican y evalúan a fin de determinar la capacidad para su aceptación y manejo, por parte de la institución.

Para adelantar el análisis del riesgo se deben considerar los siguientes aspectos:

- **Calificación del Riesgo:** es la estimación de la probabilidad de su ocurrencia y el impacto que puede causar la materialización del riesgo.
- **Evaluación del Riesgo:** compara los resultados de su calificación, con los criterios definidos para establecer el grado de exposición de la institución al riesgo y fijar las prioridades de las acciones requeridas para su tratamiento.

4.1.3.4 Valoración de Riesgos. La valoración del riesgo toma como base la calificación y evaluación de los riesgos, con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y fijación de políticas.

4.1.3.5 Políticas de administración de riesgos. Las políticas identifican las opciones para tratar y manejar los riesgos con base en su valoración y permiten tomar decisiones adecuadas para evitar, reducir, compartir o transferir, o asumir el riesgo. Para ello continuación se consideran los siguientes aspectos.

- **Evitar el riesgo:** tomar las medidas encaminadas a prevenir su materialización.
- **Reducir el riesgo:** implica tomar medidas encaminadas a disminuir tanto la probabilidad (medidas de prevención), como el impacto (medidas de protección).
- **Compartir o transferir el riesgo:** reduce su efecto a través del traspaso de las pérdidas a otras organizaciones, como en el caso de los contratos de

seguros o a través de otros medios que permiten distribuir una porción del riesgo con otra entidad, como en los contratos a riesgo compartido.

- Asumir un riesgo: aceptar la pérdida residual probable y elaborar los planes de contingencia para su manejo.

4.2 SUBSISTEMA CONTROL DE GESTIÓN

Conjunto de componentes de control, que aseguran el control de la ejecución de los procesos de la institución, orientándola a la consecución de los resultados para el cumplimiento de su misión. Este subsistema está compuesto por estándares de control que deben ser diseñados, e integrados al modelo de operación, buscando garantizar el cumplimiento de los resultados esperados por el proceso de direccionamiento estratégico de la institución.

En consecuencia es necesario establecer las reglas, acciones, métodos, procedimientos e instrumentos necesarios en la entidad que aseguren el cumplimiento de las metas y objetivos, a través de tres componentes, a saber: Actividades de Control, Información y Comunicación Pública.

4.2.1 Componente Actividades de Control

Elementos que garantizan el control a la ejecución de la función, planes y programas, haciendo efectivas las acciones necesarias al manejo de riesgos y orientando la operación hacia la consecución de sus resultados, metas y objetivos.

El Componente se desagrega en los siguientes elementos:

- Políticas de Operación
- Procedimientos
- Controles
- Indicadores
- Manual de Procedimientos

4.2.1.1 Políticas de Operación. Establecen las guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución de la institución, y definen los parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades, en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de administración del riesgo previamente definidos por ella. Establecen las acciones y mecanismos asociados a los procesos que permiten prever los riesgos que afectan el cumplimiento de las metas y sus resultados.

4.2.1.2 Procedimientos. Establece los métodos para realizar las tareas, la asignación de responsabilidad y autoridad en la ejecución de las actividades. Las actividades que conforman un procedimiento se elaboran de forma gráfica con los diagramas de flujo, los cuales permiten identificar las actividades y áreas que participan en su ejecución, y es un medio ágil para detectar dificultades de operación y establecer posibles soluciones.

4.2.1.3 Controles. Están conformados por el conjunto de acciones o mecanismos definidos para prevenir o reducir el impacto de los eventos, que ponen en riesgo la ejecución de los procesos requeridos para el logro de los objetivos. Los Controles se diseñan para las actividades, tomando como base los procesos identificados y las políticas de operación, con el fin de definir las acciones conducentes a reducir los riesgos; éstos deben ser suficientes, comprensibles, eficaces, económicos y oportunos.

Los Controles se clasifican en:

- Preventivos: aquellos que actúan para eliminar las causas del riesgo para prevenir su ocurrencia o materialización.
- Correctivos: aquellos que permiten el restablecimiento de la actividad después de ser detectado un evento no deseable; también permiten la modificación de las acciones que propiciaron su ocurrencia.

4.2.1.4 Indicadores. Están conformados por el conjunto de mecanismos necesarios para la evaluación de la gestión. Se presentan como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la institución, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

Permiten controlar el comportamiento de factores críticos en la ejecución de los planes y de los procesos de la institución, y son:

- Indicadores de Eficiencia: establecen la relación entre los costos de los insumos y los productos de proceso; determinan la productividad con la cual se administran los recursos, para la obtención de los resultados del proceso y el cumplimiento de los objetivos.
- Indicadores de Eficacia: miden el grado de cumplimiento de los objetivos definidos en el modelo de operación.
- Indicadores de Efectividad (impacto): miden la satisfacción de las necesidades de las partes interesadas.

- Manual de Procedimientos. Constituye una normativa de autorregulación interna, que describe la forma de llevar a cabo los procedimientos de PROSANAR; es una guía de uso individual y colectivo, para conocer la forma como se ejecuta una función administrativa, redactada en un lenguaje común a todos los funcionarios. El diseño del Manual de Procedimientos (de Operación) de la institución, permite consolidar los lineamientos, políticas, normas o disposiciones internas generadas en el diseño de los componentes Ambiente de Control, Direccionamiento Estratégico, Administración de Riesgos y Actividades de Control, y asegura la existencia de todos los aspectos necesarios para realizar las operaciones hacia el logro de sus objetivos

4.2.2 Componente información

Elementos de control conformados por datos, que al ser ordenados y procesados adquieren significado para los grupos de interés de la entidad a los que va dirigido. Hace parte de la operación de la institución, al convertirse en insumo para la ejecución de los procesos y a su vez en producto de los mismos.

La información constituye un soporte al diseño, operación, evaluación y mejoramiento de los procesos y debe ser considerada como uno de los principales recursos o activos de PROSANAR. Por lo tanto, es indispensable acceder a ella con rapidez y facilidad.

La información se estructura en los siguientes elementos:

- Información Primaria
- Información Secundaria
- Sistemas de Información

4.2.2.1 Información Primaria. Esta compuesto por el conjunto de datos de fuentes externas, provenientes de las instancias con las cuales la organización está en permanente contacto, así como de las variables que no están en relación directa con la entidad, pero que afectan su desempeño.

La información primaria proviene de fuentes externas como la ciudadanía, los proveedores, los contratistas, las entidades reguladoras, las fuentes de financiación y otros organismos y se procesa dentro de la institución. Se puede obtener a través de mecanismos como las solicitudes de quejas y reclamos, que son fuente de información sobre los incumplimientos institucionales; a través de éstos se puede conocer su origen, alcance, gravedad, impacto y frecuencia.

4.2.2.2 Información Secundaria. Elemento de control, conformado por el conjunto de datos que se originan y/o procesan al interior de la entidad, provenientes del ejercicio de su función.

Se obtienen de los diferentes sistemas de información que soportan la gestión de la institución. La información secundaria toma como base la información primaria y la relacionada con los hechos financieros, económicos y sociales que se generan en el desarrollo de su función administrativa.

4.2.2.3 Sistemas de Información. Conformado por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos utilizados para la generación de información, y esta orientada a soportar de manera eficiente, la gestión de operaciones de la entidad.

Constituyen el conjunto de tecnologías informáticas, procedimientos, mecanismos de control y la asignación de personas responsables de la captura, procesamiento, administración y distribución de datos e información.

4.2.3 Componente Comunicación Pública

Elementos de control, que permiten la asociación de las personas para lograr objetivos comunes, involucrando todos los niveles y procesos de la organización. El diseño de la comunicación de la entidad, debe satisfacer necesidad de información de los actos administrativos o de Gobierno, la gestión administrativa de los grupos interesados, y proyectar la imagen de la institución.

Este componente de Control se fundamenta en dos elementos:

- Comunicación Organizacional
- Medios de Comunicación

4.2.3.1 Comunicación Organizacional. Elemento que orienta la difusión de políticas y la información generada al interior de la entidad, para una identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar de la Institución..

4.2.3.2 Medios de Comunicación. Los medios de comunicación constituyen el conjunto de procedimientos, métodos, recursos e instrumentos utilizados por la entidad, para garantizar la divulgación focalizada de la información, hacia los diferentes grupos de interés.

4.3 SUBSISTEMA CONTROL DE EVALUACIÓN

El Subsistema de Control de Evaluación, desarrolla mecanismos de medición, evaluación y verificación necesarios, para determinar la eficiencia y eficacia del Sistema de Control Interno en la realización de su propósito de contribuir al cumplimiento de los objetivos de la Institución.

El Subsistema se estructura bajo tres Componentes:

- Autoevaluación
- Evaluación Independiente
- Planes de Mejoramiento

4.3.1 Componente Autoevaluación

La auto evaluación monitorea los controles en la operación de los procesos institucionales a través de la medición de los resultados generados en los procesos, evaluando su diseño y operación en un período de tiempo determinado, por medio de la medición y el análisis de los indicadores, cuyo propósito es tomar las decisiones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño.

Cuenta con los siguientes elementos:

- Autoevaluación del Control
- Autoevaluación de la Gestión.

4.3.1.1 Evaluación del Control. Es un control que basado en un conjunto de mecanismos de verificación y evaluación, determina la calidad y efectividad de los controles internos a nivel de los procesos y de cada unidad funcional responsable, permitiendo emprender las acciones de mejoramiento del control requeridas.

4.3.1.2 Evaluación de Gestión. La evaluación de gestión se basa en un conjunto de indicadores de gestión diseñados en los planes y programas y en los procesos de la institución, que permite una visión clara de su comportamiento, la obtención de las metas y de los resultados previstos e identificar las desviaciones sobre las cuales se deben tomar los correctivos que garanticen mantener la orientación de la Institución hacia el cumplimiento de sus objetivos institucionales.

4.3.2 Componente Evaluación Independiente

Conjunto de Elementos de control que garantiza el examen autónomo y objetivo del Sistema de Control Interno, la gestión y resultados corporativos de La entidad por parte de la Oficina de Control Interno, instancia que tiene como características principales la independencia, la neutralidad y la objetividad de quien la realiza y

debe corresponder a un plan y a un conjunto de programas que establecen objetivos específicos de evaluación al control, la gestión, los resultados y el seguimiento a los planes de mejoramiento de la Institución.

Se ejecuta a través de dos Elementos:

- Evaluación independiente al Sistema de Control Interno
- Auditoría Interna

4.3.2.1 Evaluación Independiente al sistema de Control Interno. Este elemento de control tiene como objetivo verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Control Interno en el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

La Oficina de Control Interno, es la responsable de realizar la evaluación del Sistema de Control Interno observando siempre un criterio de independencia frente a la operación y la autonomía de los actos de la administración.

Igualmente dentro de sus obligaciones presenta informes a la Gerencia y al Comité de MECI Directivo de la Institución, haciendo énfasis en la existencia, funcionamiento y coherencia de los componentes y elementos que lo conforman, con el propósito de que allí se evalúen, decidan y adopten oportunamente las propuestas de mejoramiento del sistema.

4.3.2.2 Auditoría Interna. Es un elemento que permite realizar un examen objetivo e independiente de los procesos, actividades, operaciones y resultados de la entidad. Así mismo, permite emitir juicios basados en evidencias, sobre los aspectos más importantes de la gestión.

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

4.3.3 Componente Planes de Mejoramiento

Conjunto de Elementos de control, que consolidan las acciones de mejoramiento necesarias, para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en la gestión de operaciones, que se generan como consecuencia de los procesos de Auto evaluación, de Evaluación Independiente y de las observaciones formales provenientes de los Órganos de Control.

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

Este Componente se estructura en tres Elementos:

- Plan de Mejoramiento Institucional
- Plan de Mejoramiento por Procesos
- Plan de Mejoramiento Individual

4.3.1.1 Plan de Mejoramiento Institucional. El plan de mejoramiento institucional permite el mejoramiento continuo y cumplimiento de los objetivos institucionales de la entidad. Integra las acciones de mejoramiento que a nivel de sus procesos debe operar para fortalecer su desempeño institucional, cumplir con su función, misión y objetivos en los términos establecidos en la norma de creación y la ley.

El plan de mejoramiento Institucional recoge las recomendaciones y análisis generados en el desarrollo de los Componentes de Auditoría Interna, Evaluación Independiente y las observaciones del órgano de Control Fiscal.

4.3.1.2 Plan de Mejoramiento por Procesos. Elemento de control, que contiene los planes administrativos con las acciones de mejoramiento que a nivel de los procesos y de las áreas responsables dentro de la entidad, que deben adelantarse para fortalecer su desempeño y funcionamiento, en procura de las metas y resultados que garantizan el cumplimiento de los objetivos de la institución en su conjunto.

Los planes de mejoramiento por procesos, contienen las acciones para subsanar las variaciones presentadas entre las metas esperadas para cada proceso y los resultados alcanzados.

4.3.1.3 Plan de Mejoramiento Individual. El plan de mejoramiento individual, contiene las acciones de mejoramiento que debe ejecutar cada uno de los funcionarios para mejorar su desempeño y el del área organizacional a la cual pertenece, en un marco de tiempo y espacio definidos, para una mayor productividad de las actividades y/o tareas bajo su responsabilidad. Los planes de mejoramiento individual contienen los compromisos que asume el funcionario con el fin de superar las brechas presentadas entre su desempeño real y el desempeño que se espera de él.

5. CONTROL INTERNO EN LOS PROCESOS, PROCEDIMIENTOS Y DESEMPEÑO DEL TALENTO HUMANO DE LA UBA PROSANAR LTDA DEL MUNICIPIO DE SAN MARTIN, DPTO DEL CESAR

Dentro del contexto de control interno de la atención en Salud, la estandarizar es la actividad sistemática de formalización, documentación e implementación de los procesos con el objetivo de lograr los resultados esperados, entendiendo además el estándar como el documento del conjunto de pasos definidos para el desarrollo de un proceso, de tal manera que éste cumpla o alcance las metas señaladas.

Los estándares de calidad son los niveles de calidad esperados por la institución, deben ser construidos por las personas que trabajan en los procesos; su utilidad es básica para la ejecución de las tareas diarias con el objetivo de que se utilicen en la práctica y se evolucione en el servicio al cliente.

El control interno propende por la protocolización de las actuaciones del recurso humano de la UBA PROSANAR según las necesidades de los pacientes, que una vez implantados y monitoreados permiten consolidar el control como eje de mejora de las intervenciones.

5.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Para comprender con mayor claridad los términos relacionados que orientan la disciplina en salud es necesario establecer el significado de varios conceptos:

- ☆ **Cliente (paciente):** (receptor de los cuidados, familia, grupo, comunidad): se concibe como un ser global, de componente filosófico humanístico (ser activo con recursos), con una visión holística (los aspectos que lo componen interactúan), con necesidades y características individuales y comunes que experimenta cambios y se relaciona consigo mismo, con otras personas y con su entorno.
- ☆ **Entorno:** aquello que enmarca o rodea a la persona y que comprende aspectos de su medio interno (factores interpersonales) y del externo (incluida la enfermera) con una repercusión directa en la actuación enfermera y en el bienestar de la persona y su salud.
- ☆ **Salud:** estado dinámico que cambia dentro de un continuum salud-enfermedad. Debe ser contemplada desde las áreas de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación, con objeto de orientar la actuación de enfermería.

- ☆ **Eficacia:** Se entiende por eficacia el grado de cumplimiento de una meta, la que puede estar expresada en términos de cantidad, calidad, tiempo, costo, etc. Es fundamental por lo tanto que la organización cuente con una planificación detallada, con sistemas de información e instrumentos que permitan conocer en forma confiable y oportuna la situación en un momento determinado y los desvíos respecto a las metas proyectadas. Si esto no existe, difícilmente podrá medirse la eficacia.

5.2 CONTROL INTERNO

En la consolidación del control interno intervienen los manuales de funciones y los manuales o normas de procedimiento, todas ellas estructuradas a partir de una organización.

a. Organigramas

- Manuales de funciones
- Manuales o normas de procedimiento

De manera simplificada, un modelo conceptual, identifica, define y describe la relación entre estos fenómenos ofreciendo una estructura de conocimientos sistemática y racional que orienta el desarrollo de las actividades profesionales. Para ser considerado científico y adoptado por un grupo profesional deben reunir tres requisitos:

1. **Fundamento:** basado en teorías de las diferentes ramas de la ciencia.
2. **Sistemático:** las ideas, los conceptos y su interrelación deben establecerse de manera estructurada.
3. **Aplicable:** ser operativo y adaptado a la práctica profesional en cualquier situación y campo de actuación:
 - a. **Acción Correctiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad detectada.
 - b. **Acción Preventiva:** Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable.
 - c. **Ambiente de Trabajo:** Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo. En el ámbito de la norma técnica de gestión de calidad incluyen solamente aquellas que pueden tener influencia significativa sobre el producto y servicio; algunas de ellas como metodologías de trabajo, interacción social, ergonomía, instalaciones para el personal de la entidad.

- d. **Calidad:** Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.
- e. **Control de Calidad:** Parte de la gestión de la calidad orientada al cumplimiento de los requisitos de la calidad.
- f. **Competencia:** Habilidad demostrada para aplicar conocimientos y aptitudes.
- g. **Enfoque Basado en Procesos:** Identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en las entidades.
- h. **Proceso:** Conjunto de actividades relacionadas mutuamente o que interactúan para generar valor y las cuales transforman elementos de entrada en resultados. Cada entidad define los tipos de procesos con los que cuenta, y típicamente puede existir según sea aplicable.
- i. **Riesgo:** Es toda la posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos.
- j. **Satisfacción del Cliente.** Percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos y expectativas. Las quejas y reclamos son un indicador habitual de una baja satisfacción del cliente, pero la ausencia de estas no implica una elevada satisfacción.
- k. **Sistema de Gestión de la Calidad.** Herramienta de gestión sistemática y transparente que permite dirigir y evaluar el desempeño institucional, en términos de calidad y satisfacción social en la prestación de los servicios a cargo de las entidades, esta enmarcado en planes estratégicos y de desarrollo.

5.2.1 Auditoria Interna

Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias que al evaluarse de manera objetiva, permiten determinar la extensión en que se cumplen los criterios definidos para la auditoria interna.

5.2.2 Alcance

Ejecutar el programa de control interno en un periodo no mayor a seis meses en la UBA PROSANAR LTDA, Implementación que proporcionará a la institución las bases para la estandarización de un sistema de calidad y de direccionamiento

estratégico en relación al nivel objeto de implementación del plan de mejoramiento de calidad en los servicios de salud.

5.2.3 Objetivos

a. General

- ☆ Realizar monitoreo, seguimiento y control a los procesos de implementación del plan de control interno en un período de seis meses.

b. Específicos

- ☆ Garantizar en el trabajador y al usuario condiciones viables de atención bajo un modelo estratégico de calidad del servicio
- ☆ Identificar las deficiencias de estructura – proceso - resultado que afecta directamente la calidad de la atención en la UBA
- ☆ Conocer el grado de satisfacción del usuario frente a la atención brindada en todas las etapas del proceso salud / enfermedad.
- ☆ Estandarizar los procesos de atención en servicios de consulta externa en medicina general, odontología y laboratorio clínico.
- ☆ Direccionar la calidad del servicio ofrecido bajo estándares óptimos de calidad en relación a la misión y visión de la UBA.
- ☆ Formular planes de mejoramiento continuo de acuerdo a las deficiencias de estructura- proceso – resultado identificadas con el control interno.

5.2.4 Responsabilidades

Será de competencia del plan de control interno el ejecutar, direccionar y evaluar de manera integral, en apoyo del talento humano de la UBA PROSANAR LTDA.

5.2.5 Enfoque

- ☆ Grado de satisfacción del usuario, recurso humano
- ☆ Estandarización de los procesos de atención en servicios
- ☆ Mejoramiento continuo de la calidad del servicio
- ☆ Direccionamiento estratégico hacia la disminución de eventos adversos resultantes de la prestación del servicio
- ☆ Nivel de productividad y rendimiento.
- ☆ Desempeño laboral
- ☆ Cumplimiento de protocolos y procedimientos de atención

Los programas control interno se realizan teniendo como objetivo principal, la realización de autoevaluaciones permanentes al servicio, que permitan impulsar y mantener un nivel óptimo de calidad del objeto social de la empresa.

Es por ello que el control interno debe estar encaminado a:

- Normas de Bioseguridad
- Morbilidad
- Oportunidad
- Manejo de la Historia clínica
- Gestión y rendimiento de recurso humano
- Calidad de procedimientos realizados
- Satisfacción del usuario

5.3 CRITERIOS DE CALIDAD

- Mantener la cultura de la calidad en la institución y por ende, garantizar el cumplimiento de los parámetros de calidad en la atención en salud.
- Asegurar el mayor grado de beneficio posible en la atención clínica, con los mínimos riesgos al usuario
- Asegurar servicios de alto sentido humano.

Cada atención realizada en la UBA PROSANAR LTDA, debe cumplir con las condiciones de bioseguridad establecidas y aplicables a esta área de la salud, las cuales incluyen:

- Adecuada estructura física
- Desinfección y esterilización de instrumental
- Desinfección de equipos y barreras físicas
- Medidas de protección para el personal y el usuario
- Radioprotección
- Manipulación de desechos

Aquí se deben establecer unos patrones mínimos de Calidad, teniendo presente que:

- No menos del 90% las atenciones realizadas en la UBA deben cumplir con la totalidad de los criterios de bioseguridad establecidos en el protocolo.

Objetivo: evaluar, controlar y hacer seguimiento a la aplicación de normas de asepsia y bioseguridad en todos los procedimientos, para garantizar la prestación de un servicio eficiente y con calidad.

5.3.1 Area de aplicación

Area física de la institución, recurso humano que labora en la institución, equipos e instrumental utilizados en la prestación de servicios de salud

- Todos las áreas que pertenecen a la UBA
- Todos los equipos e instrumental manejados en la institución.
- Personal que participa en la atención de pacientes.

5.3.2 Fuentes de Información

- Primaria:
 - Visita institucional.
 - Observación directa.
 - Interrogatorios específicos.
- Secundarias:
 - Análisis de reportes de ciclos de desinfección y esterilización y fechas de realización de disoluciones.
 - Quejas y reclamos.

5.3.3 Indicadores

$$\frac{\# \text{ de criterios cumplidos, de los evaluados}}{\# \text{ de criterios totales evaluados}} * 100$$

5.3.4 Técnica de control

- **Verificación Ocular:** Mediante la observación directa, comparado con criterios establecidos. Mediante examen directo de procesos
- **Verificación Verbal:** Mediante entrevista directa con el personal que interviene en la prestación de servicio.
- **Verificación Documental:** Mediante verificación de actas de procesos. Mediante verificación de quejas o reclamos realizados por usuarios.
- **Verificación Física:** Mediante visita institucional, en la cual se aplicaran los tipos de verificación anteriormente descritos.

5.3.5 Tipo de control

- Se realizará de forma concurrente cuando se desee hacer la verificación de la aplicación de normas de calidad en la prestación de servicios de salud.
- Se realizará retrospectiva en el momento en que se cuestione al personal sobre el conocimiento de normas de salud.

5.3.6 Recolección de Información

Mediante aplicación del instrumento establecido (instructivo)

5.3.7 Análisis de resultados.

Procesamiento, análisis y comparación de datos con estándares preestablecidos.

5.3.8 Informe y recomendaciones.

Resumen de hallazgos y proposición de cambios. Estos se entregarán en informe escrito dirigido a la gerencia, los cuales serán mensuales y extraordinarios en caso de que se requiera.

5.4 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

La medición de la satisfacción del usuario girará en torno a dos instrumentos de control:

- Formato de registro de satisfacción del usuario
- Formato de quejas y reclamos

Formato 2. QUEJAS Y RECLAMOS.

Nombre del Usuario : _____
Teléfono : _____

Causa del Reclamo: _____

Personal involucrado: _____

Descripción detallada: _____

Fuente: Investigadora

5.5 FICHAS TÉCNICAS

5.5.1 Ficha Técnica de control a Usuario

Formato 3. Ficha Técnica de control a Usuario

OBJETIVOS	
GENERAL: <ul style="list-style-type: none">Determinar el grado de satisfacción del usuario frente a la prestación de servicios de la UBA PROSANAR LTDA	
ESPECIFICO: <ul style="list-style-type: none">Establecer el grado de satisfacción del usuario respecto de los servicios de salud.Contribuir al mejoramiento de la calidad del servicio reflejada en la satisfacción del usuario	
ALCANCE	META
Satisfacción mayor del _____ % reflejada en la satisfacción del usuario.	Aplicar encuestas de satisfacción en el _____ % de los usuarios.
INDICADOR	ESTANDAR
Nº de encuestas realizadas _____ Nº total usuarios en un servicio _____	_____
DIRIGIDO A:	<ul style="list-style-type: none">Usuarios de los servicios de salud de la UBA PROSANAR LTDA

METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento: Encuesta • Tipo de Estudio: Descriptivo • Método de Selección: Aleatorio simple • Rango de aplicación: usuarios de los servicios de salud en la UBA PROSANAR LTDA
RECOLECCION DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de archivo para su respectiva tabulación, análisis, seguimiento y acciones a realizar
MARCO LEGAL	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado del usuario el cual debe encontrarse en un estado equilibrado físico, psíquico y jurídico compatible con su derecho de elegir.
RANGO DE MEDIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidad de la atención. • Confort y trato. • Información recibida de la estancia – afectividad. • Privacidad y seguridad • Respeto. • Factores inherentes al servicio que influyen en la satisfacción de los usuarios • Relación efectiva entre la UBA - Usuario • Humanización del servicio
FRECUENCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Semestral
DESCRIPCION DEL PROCESO	
<ul style="list-style-type: none"> • Verificación del número de consultas para definir número de encuestas a realizar de acuerdo al estándar de medición. • Concertación y aceptación de la realización de la encuesta. • Dar a conocer la importancia de la encuesta que se logra, como se logra, formas de diligenciamiento y condiciones a evaluar con la aplicación del instrumento. • Acompañamiento durante el diligenciamiento de la encuesta. • Análisis y tabulación de la información. • Definición y priorización de acciones de mejora de continuidad y correctivos referente al servicio brindado. • Se da información al talento humano objeto de control interno acerca de los resultados obtenidos de carácter general y por servicio • Análisis objetivo de cada uno de los ítems evaluados en la encuesta para el direccionamiento de estrategias de mejoramiento 	
ELABORADO POR	RESPONSABLE

Fuente: Investigadora

5.5.2 Ficha Técnica de control interno a Profesionales de la UBA

Formato 4. Ficha Técnica de control interno a Profesionales de la UBA

OBJETIVOS	
<p>GENERAL: Evaluar el grado de competencia laboral que posee el Profesional de la salud como mecanismo de garantía en la prestación de servicios con calidad en la UBA PROSANAR LTDA</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecer procesos técnicos operativos del personal. ✓ Determinar grado de desempeño laboral. ✓ Garantizar profesionales de del ser, hacer y deber profesional 	
ALCANCE	META
Profesionales altamente competitivo en el ejercicio de sus funciones para prestar servicios en la UBA PROSANAR LTDA	Garantizar en la UBA PROSANAR LTDA profesionales con alto nivel técnico – operativo, basado en atributos de calidad, para asegurar que los procesos misionales se cumplan a cabalidad
INDICADOR	ESTANDAR
% de cumplimiento desempeño del profesional ----- total de criterios evaluados	EXCELENTE 4.6 - 5.0 MUY BUENO 4.1 - 4.5 BUENO 3.6 - 4.0 REGULAR 3.0 - 3.5 DEFICIENTE Inferior a 3.0
DIRIGIDO A:	<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de la salud
METODOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento: lista de chequeo • Método de Selección: 100 % de las áreas de aplicación definidas en el control interno. • Rango de Aplicación: evaluación de competencias en relación a los procesos de atención estandarizados en el proceso salud/ enfermedad del usuario objeto de atención
RECOLECCION DE DATOS	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de archivo para su respectiva tabulación, análisis, seguimiento y acciones a realizar
RANGO DE MEDIDA	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad en la prestación del servicio • Nivel cognoscitivo. • Habilidad en el hacer y el deber ser. • Capacidad de rol y relaciones en su acción nivel técnico – operativo. • Compromiso institucional. • Cumplimiento de atributos de calidad • Gestión del servicio • Perfil actitudinal.
ELABORADO POR	RESPONSABLE

Fuente: Investigadora

6. RESULTADOS ESPERADOS

Tiene por objeto establecer el método para realizar el seguimiento de los Planes de control interno de las distintas unidades que conforman la UBA PROSANAR LTDA que han llevado a cabo su evaluación dentro de alguno de los planes institucionales en los que la UBA se ha comprometido, para analizar el grado de cumplimiento del mismo y las posibles dificultades detectadas en su desarrollo.

Los resultados del seguimiento deben ser analizados, comparándolos con las áreas de mejora detectadas en la evaluación con el fin de conocer si se están consiguiendo las mejoras previstas y, en su caso, redefinir las actuaciones necesarias, manteniendo así un proceso de mejora continua, sistemática y consistente.

6.1 ÁMBITO DE APLICACIÓN

Este documento se pone a disposición de todas las unidades evaluadas que lo deseen para que lo apliquen o lo adapten a sus particularidades. En cualquier caso será el que utilice la Unidad para la Calidad para sus actuaciones de formación y asesoramiento a las unidades que lo deseen.

6.2 RESPONSABILIDADES

Formato 5. Responsabilidades

responsable	funciones
Director <i>Jefe Unidad</i> evaluada	<ul style="list-style-type: none">- Constituir y presidir el Comité de Calidad- Animar la participación en las acciones de mejoramiento
Comité de Calidad	<ul style="list-style-type: none">- Realizar el seguimiento del Plan de Mejoramiento e informar del mismo
Responsable acción de mejora	<ul style="list-style-type: none">- Guiar la implantación de cada acción de mejoramiento- Dar cuenta del desarrollo de la misma al Comité de Calidad
Grupo de Mejoramiento	<ul style="list-style-type: none">- Llevar adelante las actividades correspondientes a la acción de mejoramiento para la que ha sido creado
Unidad para la Calidad	<ul style="list-style-type: none">- Dar apoyo técnico al Comité de control interno (pudiendo formar parte del mismo) y a los Grupos de Mejoramiento- Valorar las acciones de mejoramiento realizadas para informar a su Dirección

Fuente: Investigadora

6.3 DEFINICIONES

- **Unidad evaluada:** Toda unidad que haya seguido un proceso de evaluación aceptado por la UBA PROSANAR LTDA.
- **Plan de Mejoras:** Conjunto de actuaciones, con indicación de etapas o acciones, responsables, fechas previstas, recursos necesarios y método o indicadores de seguimiento, resultante de un diagnóstico estructurado de una unidad, en el que se han detectado debilidades y fortalezas de la misma, cuyo objetivo es la mejora continua de la unidad.
- **Plan Anual de Mejora:** Acciones previstas, incluidas en el Plan de Mejoramiento, a desarrollar en el espacio temporal de un año.
- **Área de mejora:** Todas las debilidades diagnosticadas en la evaluación, así como alguna otra situación cuya mejora se recoge en el Plan de Mejoramiento.
- **Acción de mejora:** Actuación o conjunto de actuaciones con las que se prevé resolver una de las áreas de mejora incluidas en el Plan de Mejoramiento.

6.4 DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

Informes de evaluación (interna).

Plan de Mejoramiento de la unidad evaluada (si no está incluido en el documento anterior).

Documento de solicitud de apoyo, desde la Gerencia, a la realización de planes de mejoramiento.

6.5 IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE CONTROL INTERNO

Para que cualquier unidad evaluada pueda desarrollar todas las oportunidades derivadas del proceso de mejora, es necesario entender la calidad como uno de sus objetivos estratégicos, lo que implica un compromiso continuo tanto por parte del Equipo de Dirección como de todo el personal que la compone la UBA PROSANAR LTDA.

El logro de mejoras efectivas requiere implicar a todo el personal en una actitud hacia la mejora continua, ya que con frecuencia, el mayor obstáculo es la propia cultura de la organización. La unidad evaluada debe decidir los cambios que necesita hacer, cómo realizarlos y dónde concentrar sus esfuerzos.

El proceso de seguimiento se inicia, después de la elaboración del Plan de Mejoras derivado de la evaluación, con las siguientes acciones:

Constitución de un Comité de Control Interno de la unidad evaluada (Formato 5), que será el órgano responsable de realizar el seguimiento de la implantación y ejecución de las acciones contenidas en el Plan de control interno, por medio de los planes anuales de mejoramiento, para lo que se podrán generar grupos de mejoramiento específicos. Se encargará además de coordinar a los responsables de cada una de las acciones de mejora.

Formato 6. CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE CONTROL INTERNO UBA PROSANAR LTDA	
Por decisión de LA GERENCIA DE LA UBA PROSANAR LTDA , se constituye el Comité de Control Interno, con la siguiente composición:	
Presidente Secretario Vocales	
Funciones	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar y valorar los esfuerzos de la institución y la unidad evaluada. • Reforzar la visión del seguimiento orientado a la mejora de la unidad. • Presionar sobre el compromiso institucional con la mejora continua. • Valorar la adecuación del Plan de Mejoras con la evaluación inicial de la unidad. • Aportar valor añadido sobre las estrategias de actuación de la unidad
San Martín, Cesar , Diciembre 10 de 2008	

Información, por parte del Comité de Control Interno a todo el personal de la UBA de las acciones de mejora proyectadas, del plazo de su implantación, medición de resultados y revisión si procede.

ESTRUCTURA DEL PLAN DE MEJORA

DATOS PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD EVALUADA					
Acciones de mejora (priorizadas)	Tareas a desarrollar	Responsables de la realización	Fechas de inicio y final	Recursos necesarios	Indicador de seguimiento

Fuente: Investigadora

Realización de reuniones periódicas del comité de control interno para el estudio de la evolución de las acciones implantadas y la toma de decisiones sobre las mismas. La periodicidad de las reuniones las establecerá el propio comité.

Análisis de los resultados de la aplicación del Plan de Mejoramiento, por medio de:

- Valoración de las acciones que se han realizado
- Consideración del nivel de cumplimiento del Plan, por medio de indicadores cuantitativos y cualitativos, así como un análisis de las incidencias que se hayan presentado.
- Análisis de las circunstancias que justifican, en su caso, la no realización de acciones programadas o de aquellas que se han llevado a cabo no estando programadas, y la forma en la que se han desarrollado.
- Valoración del nivel de satisfacción de los diferentes agentes destinatarios de las mejoras, tanto por lo que respecta al proceso de ejecución, como a los resultados de las acciones llevadas a cabo.

Las funciones que se plantean, pueden ser tenidas en cuenta en la elaboración de Reglamentos de Régimen Interno de cada unidad.

El Comité de Control Interno de la unidad evaluada tendrá, principalmente, las siguientes funciones:

Funciones institucionales:

- Reforzar y valorar los esfuerzos de la institución y la unidad evaluada.
- Reforzar la visión del seguimiento orientado a la mejora de la unidad.
- Presionar sobre el compromiso institucional con la mejora continua.
- Valorar la adecuación del Plan de Mejoras con la evaluación inicial de la unidad.
- Aportar valor añadido sobre las estrategias de actuación de la unidad.

Funciones organizativas:

- Dar información a los agentes implicados en la Titulación o Servicio sobre la puesta en marcha y seguimiento del Plan de Mejoras.
- Detectar los problemas para la implantación de acciones concretas.
- Priorizar las acciones para definir cada Plan Anual de Mejora y establecer canales de comunicación adecuados con los responsables de llevar a cabo las mismas.
- Planificar y asignar tareas y ejercer el control periódico en la realización de las mismas.

- Elaborar las herramientas adecuadas que midan los resultados de las acciones aplicadas a las debilidades detectadas en la evaluación.

6.6 INFORME DE RESULTADOS

El Comité de control interno de la unidad evaluada elaborará un informe que contenga el análisis de resultados, añadiendo una relación de puntos fuertes y débiles del proceso de seguimiento del Plan de Mejoramiento realizado, así como las indicaciones que estimen oportunas para el rediseño del Plan de Mejoramiento para los próximos años, o bien la elaboración completa del plan futuro.

Este informe deberá contener, además, por cada una de las acciones llevadas a cabo:

- Equipo humano implicado en la acción
- Resultados obtenidos, haciendo mención al grado de cumplimiento de los objetivos propuestos (indicadores)
- Actuaciones desarrolladas
- Valoración de la experiencia (mejora que ha supuesto en el conjunto de la unidad evaluada)
- Breve memoria económica

Este informe, estará a disposición de la Gerencia.

Formato 7. FICHA-INFORME DE LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Área de Mejora				
<i>Unidad evaluada</i>				
<i>Ámbito de aplicación</i>	<i>Docencia</i>	<i>Investigación</i>	<i>Servicios</i>	
<i>Fecha de inicio</i>	<i>Fecha de finalización</i>			
<i>Responsable (Presidente Comité de Calidad)</i>	<i>Nombre y Apellidos</i>			
	<i>Cargo Académico</i>			
	<i>Teléfono</i>		<i>e-mail</i>	

PLAN DE ACCIÓN

<i>Objetivos e indicadores</i>	<i>Equipo de trabajo</i>
Resultados cuantitativos y cualitativos esperados	
<i>Despliegue (actuaciones, recursos, temporalización)</i>	
Destinatarios de la acción de mejora	

EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA

Valoración de las actuaciones realizadas
Nivel de cumplimiento del Plan
Análisis de causas
Satisfacción de los destinatarios de la acción
Valoración global de la acción (fortalezas y debilidades)
Breve memoria económica
Sugerencias para el desarrollo de nuevas acciones de mejora

Fuente: Investigadora

UNIDAD PARA LA CALIDAD.

La Unidad para la Calidad colaborará con las unidades que lleven adelante su Plan de Mejoramiento, a lo largo de todo el proceso, aportando información, desarrollo de herramientas específicas, elaboración de encuestas, entrevistas, así como cualquier otro tipo de apoyo o asesoramiento que requiera el Comité de control interno.

Formato 9. Resumen de revisiones

RESUMEN DE REVISIONES		
Número	Fecha	Modificaciones
00		Edición Inicial
01		Inclusión de formato para el seguimiento y del concepto de Plan Anual de Mejoramiento

Elaborado/Revisado por:	Aprobado por:

CONCLUSIONES

Con el transcurrir del tiempo se han encontrado y puesto en práctica una serie de técnicas administrativas que en la actualidad son de fundamental importancia para el buen manejo de cualquier organización, una de ellas es el control interno. El control interno es fundamental para todas las empresas porque les permite renovar los procesos administrativos que ellos realizan, lo cual hace que las empresas estén en constante actualización, además permite que las organizaciones sean más eficientes y competitivas, fortalezas que le permitirá permanecer en el mercado.

El control interno se aplica regularmente, y permite que las organizaciones puedan integrar las nuevas tecnologías a los distintos procesos, lo cual es imprescindible para toda organización. Toda empresa debe aplicar las diferentes técnicas administrativas que existen y es muy importante que se incluya el mejoramiento continuo.

La cultura organizacional de la empresa está influida en gran medida por el propietario y los clientes de la empresa de una forma positiva, en tanto que se considera que la influencia del mercado y de la competencia repercute negativamente sobre la cultura organizacional de la empresa.

La empresa no ha iniciado el proceso de mejoramiento continuo, ya que no existe conciencia de la importancia del aseguramiento de la calidad para competir en los mercados globales, por lo anterior y para iniciar el proceso de sensibilización hacia el cambio, se debe iniciar el proceso de control interno.

La empresa no aplica el direccionamiento estratégico para determinar a dónde se quiere llegar, la planeación que se efectúa es cortoplacista y basada en resultados de ventas. Se encontró una orientación hacia el cliente, pues esta maneja la relación del empresario, pero no existen bases de datos, ni registros sobre quejas, reclamos e insatisfacción del cliente. Se trata de resolver los requerimientos del cliente de una manera informal, sin ningún tipo de técnica o metodología, que permita posteriormente medir el resultado.

La empresa da muy poca importancia al desarrollo de las personas, el clima laboral no es el más apropiado, no se genera un sentido de pertenencia, no hay estabilidad para el trabajador, ni motivación, ni capacitación, el cumplimiento de las condiciones de seguridad social, seguridad industrial y salud ocupacional es deficiente.

El control interno obtuvo la más baja calificación, no se ha iniciado el proceso, ni existe la disposición cultural al cambio hacia el cumplimiento de los requisitos mínimos, sin embargo el empresario tiene la convicción de que vende productos de buena calidad y que sus clientes tienen esta percepción.

El manejo y administración de la información, es deficiente, ya que no existen procedimientos formales para el manejo de la información y la toma de decisiones, no hay un soporte de registro, formatos y documentos que permitan medir el desempeño, para actuar correctivamente y así procurar el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos.

La evaluación de competencias es un proceso complejo, que requiere como pasos previos la definición de perfiles ocupacionales, estructurados en torno a conocimientos, habilidades y conductas individuales y sociales. Enseguida, es necesario establecer los instrumentos de medición que den cuenta de las demostraciones o evidencias de cada una de estas competencias, pero vistas desde una perspectiva balanceada e integral.

RECOMENDACIONES

La empresa debe estar dispuesta a poner en marcha el plan de control interno, recibiendo asesoría y capacitación, de tal manera que se pueda iniciar el proceso, implementarlo y evaluarlo en períodos de tiempo relativamente cortos.

El autodiagnóstico de la aplicación del control interno, determinó la poca aplicación de las teorías modernas de administración en la empresa, al predominar un estilo gerencial autocrático basado en el empirismo, en la experiencia y en las tradiciones.

Para la aplicación del control interno es necesario que en la organización exista una buena comunicación entre todos los órganos que la conforman, y también los empleados deben estar bien compenetrados con la organización porque ellos pueden ofrecer mucha información valiosa para llevar a cabo de forma óptima el proceso de mejoramiento continuo.

BIBLIOGRAFÍA

ALCARAZ, Rafael. El Emprendedor del Éxito. México: McGraw Hill, 2001.

BUCHHOLZ, Steve; ROTH WILSON, Thomas. Como crear un equipo de alto rendimiento en su empresa. Barcelona: Learning Corporations, intermedio editores Atlantida. 2003

CHIAVENATO, Adalberto. Administración del recurso Humano. Quinta Edición, Santafé de Bogotá: McGraw Hill Editores, 1999.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991. Editorial Leger, Bogotá, Colombia. 2005

DALTON, G. W.; THOMPSON, P. H.; PRICE, R. L. The Fourt Stages of Profesional Careers. En: A New at Perfomance by Professionals, Organ Dynamics, Sumer. Buenos Aires, Argentina: Editorial Orby, 1997

DAUDR. HAMPTON. Administración. Tercera Edición. Buenos Aires, Argentina: McGraw Hill. 2000

DECRETO 2309 de 2002; Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Bogotá, Colombia: 2002

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA. Formación y capacitación: guías sobre inducción y reinducción y diagnóstico y formulación de programas. Bogotá. 2003.

_____ Modelo estándar de Control Interno para el Estado Colombiano. MECI: 2005.

_____ Guía Administración del Riesgo. Bogotá. 2004.

_____ Guía Lineamientos generales para la Administración del Talento Humano al servicio del Estado. Bogotá, 2002.

_____ Metodología para evaluación de la capacitación. Bogotá. 2003.

_____ Guía para la Formulación de planes institucionales de capacitación. Bogotá. 2004.

_____ Readaptación laboral: lineamientos de política y guía de ejecución. Bogotá. 2001.

_____ Planeación de los Recursos Humanos: Lineamientos de política, estrategias y orientaciones para la implementación. Bogotá. 2005.

DOBYNS, Lloyd. 1990. "Ed Deming wants big changes and he wants them fast. Smithsonian. Buenos Aires, Argentina, 1999

DONADEBIAN. El Control de la Calidad en los Servicios de Salud. Revista Cubana de Enfermería. La Habana, Cuba: Enero - Abril, 1995.

FLIPPO, Edwin B. Principios de Administración de Personal, Bogotá: McGraw Hill, 1978.

FRENCH, Endell. Administración de Personal. México: Limusa Noriega Editores, 1999

_____ Administración Moderna, un Enfoque práctico. Santafé de Bogotá, Colombia: McGraw Hill, 1999.

GILMORE C.; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; FUNDACIÓN W.K KELLOGG; Manual de Gerencia de la Calidad. México: Limusa Noriega Editores, 2001.

GOMEZ RUEDA. Alfredo. Material Interactivo Gestión Del Talento Humano. Bogotá, Colombia: Printer Interamericana, 2002

MENDEZ GOMEZ, Carlos. Metodología de la investigación para la administración y las ciencias sociales. Bogotá: Mc Graw Hill. 2.005. 368p.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 1043 (anexo N° 1) abril 3 de 2006. Manual único de estándares de verificación. Bogotá, Colombia: 2006.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 1043(anexo N° 2) de abril 3 de 2006. Manual único de procedimientos de habilitación. Bogotá, Colombia: 2006.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Decreto 2309 de octubre 15 de 2002, Por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de la calidad de atención en salud. Bogotá, Colombia: 2002.

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 1446 del 8 de mayo de 2006, por la cual se define el sistema de información para la calidad. Bogotá, Colombia: 2006

REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Decreto 1011 del 3 de abril de 2006, por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad. Bogotá, Colombia: 2006

REVISTA CONTADURÍA. El Auditor en el Nuevo Milenio: Visión y Misión. Universidad De Antioquia. Medellín: Marzo 2001.

TOFFLER, Alvin. El shock del futuro. México: Aguilar. 2.005. 37p

ANEXOS

Anexo A. Formatos de evaluación

Formato 1. DIAGNÓSTICO ÉTICO- ENCUESTA DE OPINIÓN	
<p>Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:</p> <p>0 No sabe *</p> <p>1 No se cumple</p> <p>2 Se cumple Insatisfactoriamente</p> <p>3 Se cumple aceptablemente</p> <p>4 Se cumple en alto grado</p> <p>5 Se cumple plenamente</p>	
1 Existe un documento o código de ética que contenga los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos Si valora “No Se Cumple” no valore las afirmaciones que siguen a continuación.	
2. Este documento o código de ética fue elaborado mediante el diálogo y la participación de empleados y directivos.	
3 Se difunden los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos a todos los servidores de la Entidad.	
4 El documento o código de ética se adoptó con la participación de los representantes de las dependencias de la entidad.	
5 Se han puesto en marcha políticas y estrategias de gestión para aplicar el documento o código de ética en todas las dependencias.	
6 Se difunden los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos a la ciudadanía o las personas u organizaciones interesadas en gestión de la entidad.	
7 Para la solución de los conflictos internos se consideran los parámetros del código de ética.	

Formato 2. DIAGNÓSTICO GESTIÓN DE TALENTO HUMANO- ENCUESTA DE OPINIÓN	
Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración: 0 No sabe * 1 No se cumple 2 Se cumple Insatisfactoriamente 3 Se cumple aceptablemente 4 Se cumple en alto grado 5 Se cumple plenamente	
1 El diseño de los perfiles corresponde a la razón de ser de los cargos o empleos.	
2 Los perfiles diseñados permiten la selección de los servidores idóneos de acuerdo con los requerimientos de los cargos o empleos.	
3 Los procesos de inducción permiten que el nuevo servidor conozca la cultura de la entidad y todo lo relacionado con el ejercicio de sus funciones.	
4 La entidad realiza diagnósticos sobre los requerimientos de personal para el desarrollo de sus planes, programas, proyectos o procesos.	
5 Los procesos de reinducción permiten la actualización de todos los servidores en las nuevas orientaciones técnicas y normativas que afectan el quehacer institucional de la entidad.	
6 La entidad adopta anualmente un plan institucional de formación y Capacitación.	
7 Son consultados los servidores sobre sus necesidades de capacitación, a través de encuestas o reuniones de trabajo.	
8 La capacitación recibida contribuye al desarrollo de conocimientos y capacidades para un mejor desempeño en el puesto de trabajo.	
9 La entidad adopta y ejecuta programas de bienestar social laboral.	
10 La entidad adopta un plan de incentivos pecuniarios y no pecuniarios.	
11 Se está o ya se diseñó un sistema institucional de evaluación del desempeño que cumpla las orientaciones legales y los criterios dados por la Comisión Nacional del Servicio Civil.	
12 Los resultados de la evaluación del desempeño sirven de insumo para programar acciones de capacitación y desarrollo de los servidores.	
13 La entidad cuenta con mecanismos internos y/o con apoyo externo para la selección de servidores del nivel gerencial.	
14 Se evalúa la gestión de los gerentes á través de los acuerdos de gestión.	
15 Existen mecanismos de publicidad y difusión de las prácticas de gestión del talento humano.	

Formato 3. DIAGNÓSTICO ESTILO DE DIRECCIÓN- ENCUESTA DE OPINIÓN	
Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:	
0 No sabe *.	
1 No se cumple.	
2 Se cumple Insatisfactoriamente	
3 Se cumple aceptablemente	
4 Se cumple en alto grado.	
5 Se cumple plenamente.	
1 La alta dirección guía y orienta las acciones de la entidad al cumplimiento de su objeto social.	
2 Los directivos tienen conocimiento sobre las funciones de la Entidad.	
3 Las actuaciones de la alta dirección generan confianza en los funcionarios.	
4 El estilo de dirección facilita la participación de los funcionarios en los diferentes procesos de la entidad.	
5 El estilo de dirección facilita la participación de las partes interesadas y los usuarios para ejercer el control social.	
6 La alta dirección delega responsabilidades que contribuyen a la oportuna toma de decisiones.	
7 Existe compromiso de la alta dirección con el diseño y cumplimiento de las políticas y prácticas del desarrollo del talento Humano.	
8 Existe compromiso de la alta dirección con la asignación y uso transparente y racional de los recursos.	
9 El estilo de dirección facilita la resolución de conflictos internos y externos.	
10 Existe compromiso de la alta dirección con las políticas y objetivos del Control Interno.	
11 La alta dirección asume la responsabilidad de las acciones del mejoramiento	
12 Los directivos tienen los conocimientos y destrezas para dirigir las áreas bajo su responsabilidad.	
13 Los directivos tienen en cuenta los conocimientos y habilidades de sus colaboradores para asignar las cargas de trabajo.	
14 La alta dirección trata de manera respetuosa a los servidores de la entidad.	
15 La alta dirección facilita la comunicación y retroalimentación entre los empleados.	

Formato 4. DIAGNÓSTICO PLANES Y PROGRAMAS- ENCUESTA DE OPINIÓN.	
Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración: 0 No sabe *. 1 No se cumple. 2 Se cumple Insatisfactoriamente 3 Se cumple aceptablemente 4 Se cumple en alto grado. 5 Se cumple plenamente.	
1 Conozco las competencias y funciones asignadas a la entidad por la Ley.	
2 Conozco la misión de la entidad	
3 Conozco la visión de la entidad.	
4 Hay coherencia entre la misión, las competencias y las funciones asignadas a la entidad por la Ley.	
5 Hay coherencia entre la visión, las competencias y las funciones asignadas a la entidad por la o la Ley.	
6 Conozco los planes de gestión anual.	
7 Hay coherencia entre los planes de gestión anual y la misión y visión.	
8 Existe coherencia entre los objetivos del plan de gestión anual y las necesidades de la ciudadanía.	

Formato 5. Diagnóstico Estructura Organizacional- Encuesta de Opinión		
Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:		
Valor	Descripción	Valor
Descripción		
0 No sabe *		3 Se cumple aceptablemente
1 No se cumple		4 Se cumple en alto grado
2 Se cumple Insatisfactoriamente		5 Se cumple plenamente
1 La estructura organizacional actual permite cumplir las funciones que le asigna la normatividad legal a la entidad.		
2 La estructura organizacional se adapta a los cambios del entorno (político, económico y social).		
3 La estructura organizacional garantiza la cobertura de servicios a todas las partes interesadas.		
4 Existe articulación y coordinación entre las funciones que realizan las áreas organizacionales que conforman la estructura de la entidad.		
5 Las áreas organizacionales de la estructura, permiten coordinar integralmente la ejecución de los procesos del modelo de operación de la entidad.		
6 Esta definido el directivo responsable de cada proceso que se desarrolla en la entidad.		
7 Están definidos los niveles de autoridad para tomar las decisiones requeridas en cada proceso.		
8 Los servidores responsables de tomar decisiones son competentes para las funciones encargadas.		
9 Se estudian y analizan los puestos de trabajo para definir los perfiles de los empleos que conforman la planta de personal.		
10 La asignación y distribución de cargos responde a los requerimientos de los procesos.		
11 La entidad cuenta con manuales de funciones y competencias actualizados.		

Formato 6. Diagnóstico Información Primaria- Encuesta de Opinión.

<p>Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:</p>		
Valor	Descripción	Valor
Descripción		
0	No sabe *	
1	No se cumple	
2	Se cumple Insatisfactoriamente	
3	Se cumple aceptablemente	
4	Se cumple en alto grado	
5	Se cumple plenamente	
1	Se tienen identificadas las fuentes externas que suministran información a la entidad (comunidad, proveedores, contratistas, entes reguladores o de control, entes de cooperación o de financiación, otras entidades u organismos públicos o privados, entre otros)	
2	Se tiene identificada la información que proviene de fuentes externas y que requiere la entidad para su operación.	
3	La entidad conoce a sus usuarios y sus principales requerimientos.	
4	Los bienes que produce y los servicios que genera la entidad satisfacen los requerimientos de los usuarios.	
5	La entidad cuenta con mecanismos para obtener la información proveniente de fuentes externas.	
6	La información primaria se utiliza como insumo principal para el proceso de planeación a partir de la identificación de las necesidades de la ciudadanía y de las partes interesadas.	
7	La información primaria se utiliza como insumo para el proceso de evaluación de la gestión institucional.	
8	La toma de decisiones en la entidad considera la información primaria.	
9	El proceso de quejas y reclamos implementado retroalimenta las operaciones.	

Formato 7. Diagnóstico Información Secundaria – Encuesta de Opinión		
Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:		
Valor	Descripción	Valor
Descripción		
0	No sabe *	
1	No se cumple	
2	Se cumple Insatisfactoriamente	
3	Se cumple aceptablemente	
4	Se cumple en alto grado	
5	Se cumple plenamente	
1	Se tienen identificadas las fuentes internas de información (actos administrativos, manuales, informes, actas, formatos, entre otros)	
2	Se tiene identificada la información que produce la entidad y que requiere para su operación.	
3	Están definidos los clientes internos que requieren la información generada por cada proceso que debe llevarse a cabo en la entidad.	
4	La entidad tiene mecanismos diseñados para que cada funcionario registre y divulgue la información actualizada requerida para el desempeño de su cargo.	
5	La entidad utiliza como estrategia la implementación de un sistema de sugerencias, mediante el cual se obtengan, evalúen y recompensen las propuestas de los funcionarios.	
6	Se evalúan todas las sugerencias y se retroalimentan los procesos.	
7	Se cuenta con mecanismos para documentar el conocimiento y experiencia de los funcionarios de la entidad.	
8	La entidad cuenta con parámetros para el procesamiento de la información secundaria.	
Formato 8. Diagnóstico del Sistema de Información – Encuesta de Opinión.		

Califique cada afirmación del cuestionario, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:		
Valor	Descripción	Valor
Descripción		
0	No sabe *	
1	No se cumple	
2	Se cumple Insatisfactoriamente	
3	Se cumple aceptablemente	
4	Se cumple en alto grado	
5	Se cumple plenamente	
1	Los sistemas de información facilitan el Control de Gestión de los Procesos	
2	Hay consistencia en la información generada por las diferentes áreas.	
3	Están definidas las características de la información esperada en términos de calidad, cantidad, oportunidad y forma de presentación.	
4	Los sistemas de información tienen la capacidad de generar información de acuerdo con las especificaciones del usuario.	
5	A través de los sistemas de información se obtiene información útil para la toma de decisiones.	
6	Los sistemas de información facilitan el ejercicio del control político, social y de los organismos de control.	
7	Los sistemas de información facilitan el cruce de información y servicios entre las entidades.	
8	Los sistemas de información permiten las actualizaciones de información sin pérdida de la misma.	
9	Los sistemas de información tienen establecidos niveles de acceso y otro tipo de controles para su protección.	
10	Existen programas desarrollados a la medida de las necesidades de la Entidad que capturan y procesan eficientemente los datos.	
11	Están identificados y definidos los responsables que administran, operan, alimentan y utilizan los sistemas de información.	
12	Están identificados y definidos los insumos y productos de los sistemas de información.	
13	Los Sistemas de Información existentes están integrados y realizan operaciones confiables entre sí.	

Anexo B

Capacitación de la institución

1. OBJETIVOS

Definir la metodología a seguir para desarrollar la inducción del personal que se vincula a la institución, a fin de garantizar un adecuado proceso de ambientación al trabajo y ubicar a la persona respecto a lo que se espera de ella.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para todo el personal que se vincula a la institución independientemente del tipo de vinculación.

3. DESARROLLO O CONTENIDO

3.1. *Elaborar cronograma de inducción.*

- El jefe de recurso humano o ha quien este designe, elabora semestralmente el cronograma de inducción para la UBA PROSANAR LTDA, teniendo en cuenta contemplar al menos una fecha por mes, una en la jornada de la mañana y otra en la jornada de la tarde, separa la sala de juntas en las fechas establecidas en el cronograma de inducción; por ultimo elabora un oficio remisorio a las coordinaciones de área para informar acerca del cronograma.

	ELABORO O ELABORARON	REVISO O REVISARON	APROBO
NOMBRE			
FIRMA			
CARGO			

3.2. *Desarrollar el cronograma.*

- El día anterior a la inducción, El jefe de recurso humano o ha quien este designe contacta a todas los Subdirectores o jefes de oficina que poseen personal para inducción y les recuerda la jornada y el horario; verifica que se haya gestionado la obtención de los equipos requeridos en la jornada, y finalmente prepara el registro para la capacitación.
- El día de la inducción, El jefe de recurso humano o ha quien este designe dirige toda la logística para el desarrollo de la misma, es decir, gestiona la apertura de la sala y ubica los equipos necesarios, recibe a los participantes, da inicio a la jornada, pone a rotar la hoja de asistencia

- y está al tanto de la llegada de las personas que participan como capacitadores en la inducción.
- Finalizada la actividad El jefe de recurso humano o ha quien este designe firma las rutas de inducción al personal participante recordándoles que éstas deben ser remitidas a la oficina de recurso Humano una vez que terminen el proceso de entrenamiento y obtengan las demás firmas que se relacionan en el formato.

3.3. Hacer seguimiento y evaluar al personal capacitado.

- Finalizada la jornada de inducción, El jefe de recurso humano o ha quien este designe aplica la evaluación de la inducción a fin de establecer si el personal comprendió aspectos generales de la misma y aplica la evaluación de satisfacción con la jornada de inducción.
- Posteriormente califica las evaluaciones para determinar que se debe mejorar y así comunicarlo a quienes participaron en ella.
- Dos meses después de la jornada de inducción, El jefe de recurso humano o ha quien este designe remite a cada subdirección u oficina donde participó personal el formato de seguimiento a la inducción a fin de establecer si la persona continua prestando sus servicios al hospital; además de indagar si requiere asistir nuevamente a una inducción.
- El subdirector o jefe de oficina remite al Departamento de Talento Humano la evaluación diligenciada.

4. RESPONSABLES Y RECOMENDACIONES GENERALES

- Las Subdirecciones y Oficinas son las responsables por la devolución de las calificaciones de la inducción.
- El jefe de recurso humano o ha quien este designe es el responsable por la planeación, ejecución y seguimiento al cronograma de inducción.
- Las subdirecciones y oficinas son las responsables por la remisión de la ruta de inducción al Departamento de Talento Humano.

5. RIESGOS

- Desconocimiento de derechos e incumplimiento de normas y deberes por inasistencia a la jornada de inducción.

6. PRECAUCIONES O PUNTOS DE CONTROL

- La base de datos es un mecanismo para determinar el personal que asiste a inducción y hacer seguimiento a sus resultados.

7. MARCO NORMATIVO O LEGAL

- Constitución Política de Colombia
- Ley 909 de 2004 y Decretos Reglamentarios