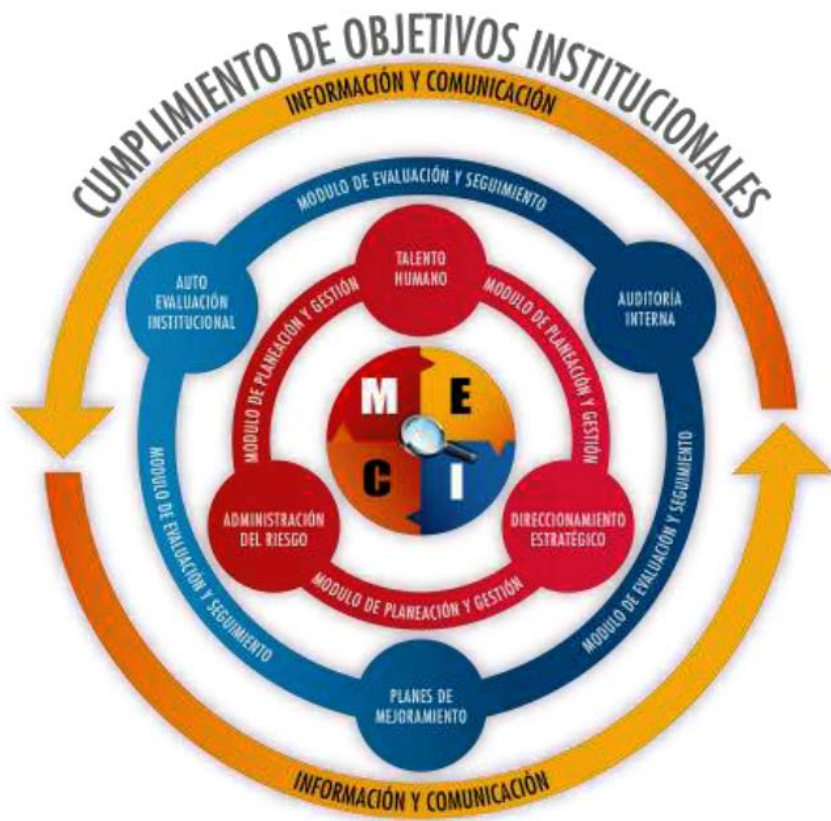


**INFORME DE CIERRE MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO EN
ARMONIZACIÓN AL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD CON BASE EN LAS
NORMAS ISO 9001:2008 Y NTCGP 1000:2009 EN CEHANI E.S.E**



1. ENFOQUE

Nada más apropiado en el contexto actual para conseguir una organización exitosa y competitiva observando la relación directa entre el éxito y el apego a las leyes de la planeación.

Las organizaciones que las respetan, sobreviven, triunfan y le dan valor a la sociedad. Las organizaciones que los violan, sufren, se angustian, agonizan y finalmente quiebran; es por esto que el Centro de Habilitación del Niño CEHANI E.S.E. desea retomar las riendas de su propio destino para ser fiel a los principios, que dieron origen a su creación.

Propuesta Estratégica: “Gestión Integral por Calidad”.

El Sistema de Gestión Integral orientado a la Calidad, la Productividad y la Competitividad; son los hilos conductores para el desarrollo integral y armónico de las organizaciones.

Es un esquema dinámico, flexible; compuesto por tres elementos: Gestión Estratégica, Gestión de los Procesos del día a día y Gestión de la Cultura que interactúan sobre una Organización en continuo Aprendizaje.

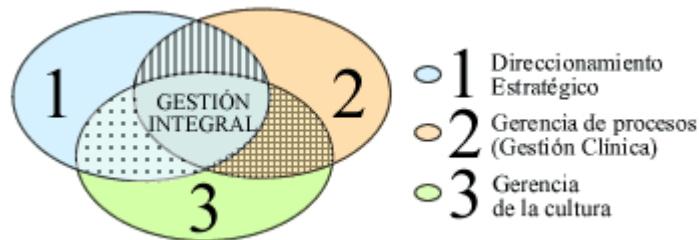
MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL POR CALIDAD



1.1 MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL POR CALIDAD

Es una forma de pensamiento gerencial estructurado, que tiene como propósito que una organización se desarrolle integral y armónicamente, entendiendo por ello, que logre el mayor beneficio y satisfacción para sus usuarios, clientes, empleados, dueños o dolientes, y para la sociedad en general.

La gestión integral por calidad, implica administrar y gerenciar los componentes de una organización. Para esto se apoya en la producción, tratamiento y uso de la información; y en un enfoque que incluye tres elementos articulados y alineados: el direccionamiento estratégico, la gerencia de los procesos (o del día a día) y la transformación de la cultura.



1 Direccionamiento Estratégico

Direccionamiento Estratégico (Gestión Estratégica): Es el conjunto de acciones que orientan la organización hacia el futuro, a través del direccionamiento que da foco a los esfuerzos y logra la solidaridad de todas las personas hacia propósitos comunes de satisfacción de necesidades sociales.

2 Gerencia de procesos (Gestión Clínica)

Gerencia del día a día (Gestión de Procesos) Es el conjunto de acciones que permitan dar a cada persona la responsabilidad y la autoridad para controlar sus procesos, es decir ajustar sus recursos para lograr los resultados esperados.



3 Gerencia de la cultura

Transformación de la cultura (Gestión de la Cultura): Es el conjunto de acciones necesarias para modificar, fortalecer o promover creencias y actitudes de las personas, las cuales se traducen en comportamientos que impedirían o reforzarían el logro de los propósitos de la organización.

La gestión integral por calidad promueve la búsqueda de logros y la articulación explícita e informada, entre los tres elementos mencionados, es decir la congruencia entre:



El direccionamiento estratégico y la gerencia el día a día (Gestión Estratégica y Gestión de Procesos): Al desplegar los planes, acordar metas y asignar recursos, se definen indicadores, se hace seguimiento y se tiene control sobre el cumplimiento de metas.



Entre el direccionamiento estratégico y la cultura (Gestión Estratégica y Gestión de la Cultura): Al construir significados comunes, adelantar acciones para el cambio en las creencias y hábitos de las personas; y promover el desarrollo del individuo dentro de la organización.



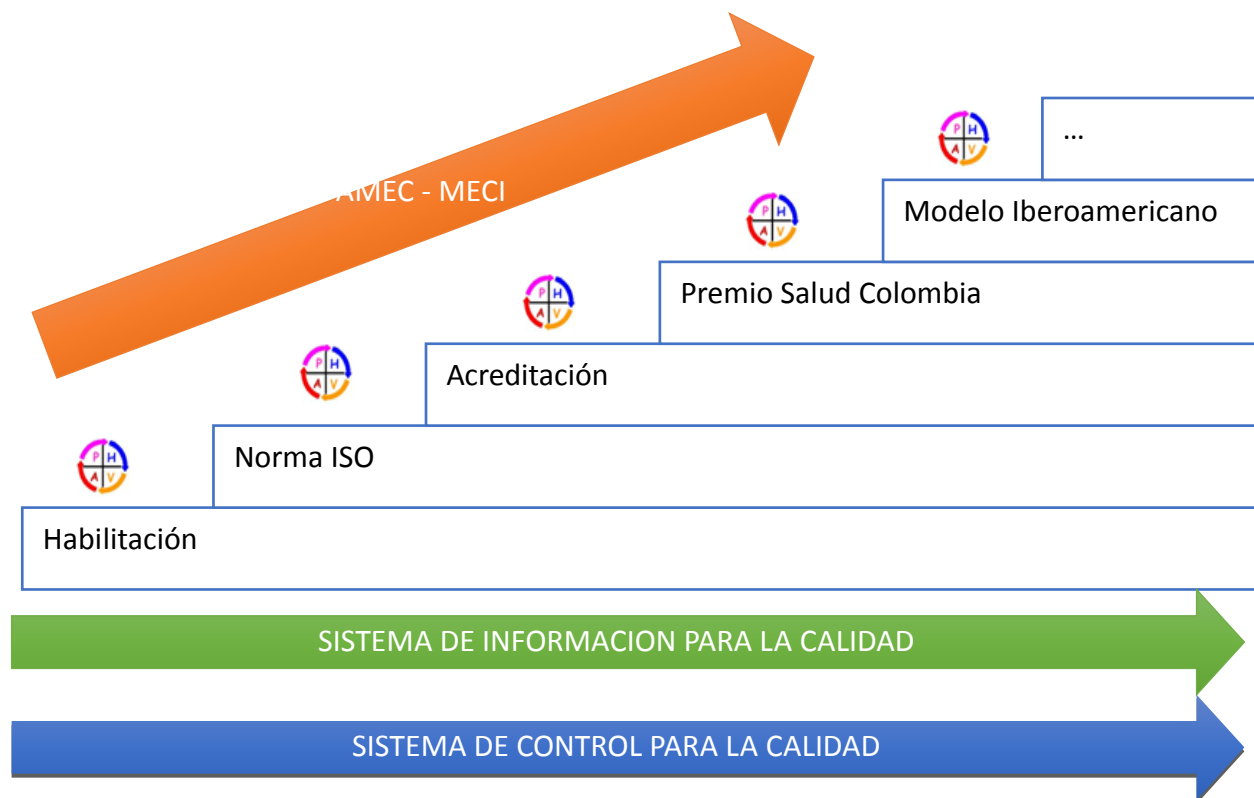
Entre la cultura y el día a día (Gestión de la Cultura y la Gestión de Procesos): Al adelantar estrategias que impulsen el apoderamiento, la autonomía y la autogestión para manejar los propios procesos, además de proveer capacitación y entrenamiento para el logro de los objetivos.



1.2 ATERRIZAJE DEL MODELO DE GESTIÓN INTEGRAL POR CALIDAD EN EL CEHANI E.S.E

El modelo de gestión de calidad en CEHANI E.S.E tiene como objetivo la traducción del Pensamiento estratégico en actividades diarias a través de la implementación de requisitos técnicos de operación y ejecución, estos requisitos técnicos implementados en la construcción de los procesos han sido tomados a través de los modelos de calidad existentes en nuestro país, don de la construcción de los procesos se realiza abarcando todos sus estándares en el diseño, pero el grado de aplicación de los mismo se conseguirán gradualmente con la maduración del sistema de gestión de calidad.

Los requisitos técnicos en la construcción del Modelo de Calidad en la institución obedece a la gradualidad de la implementación de: El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, El Sistema de Excelencia en la gestión, y el Sistema de Control para la Gestión.





Como se ve en la anterior grafica el Modelo Estándar de Control Interno es un componente transversal a todo el modelo de calidad de la institución ya que al integrarse con el Programa de Auditoria para el Mejoramiento Continuo, son los sistemas que permiten el avance de la institución en su escala de gradualidad y mejoramiento.

1.3 EL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO EN EL CEHANI E.S.E

El proceso de gestión de calidad ha desarrollado avances en el tema de gestión empresarial con base en el Modelo diseñado para CEHANI ESE, el que está compuesto por dos subsistemas: El sistema obligatorio de garantía de Calidad, los modelos de excelencia en la gestión a través de la norma ISO 9001: 2008 y NTCGP 1000:2009, y el Sistema de Gestión de Control con base en los lineamientos del sistema de Control Interno mediante la ley 87 de 1993, siendo reglamentada mediante el decreto 1599 de 2005, el cual adopta el Modelo Estándar de Control interno de obligatorio cumplimiento para todas las Entidades del Estado. Así mismo, se estableció para las entidades el sistema de gestión de calidad mediante la ley 872 de 2003, la cual fue reglamentada por el decreto 4110 de 2004 el cual adopta la norma técnica colombiana para la gestión pública NTCGP 1000:2004. Mediante Decreto 4485 del 18 de noviembre de 2009 se actualizó la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública en versión 2009, que busca de acuerdo con el artículo 3 de la Ley 872 de 2003, la integración de la Norma Técnica de Calidad de la Gestión Pública con el Sistema de Control Interno, en cada uno de sus elementos con el fin de armonizarlos.

De conformidad a las normas vigentes, El CEHANI ESE ha desarrollado acciones para armonizar los dos sistemas: Sistema de gestión de calidad y Modelo de Control Interno.

En el CEHANI ESE, se habla de un sistema de gestión y control cuando sus elementos se refieren a la realización y control de unas actividades coordinadas que incluyen políticas, objetivos, estrategias, estructura orgánica, procesos y procedimientos, desarrollo tecnológico y del talento humano de la entidad, orientados de manera coherente a la satisfacción del usuario, destinatario, beneficiario o ciudadano y a garantizar el cumplimiento de los objetivos trazados.

El Sistema de gestión de la Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno integran todos los aspectos de la organización, ya que la calidad y el control deben estar presentes en todas las áreas, procesos y actividades de cada una de las entidades. Implementarlos implica contar con una organización sistémica que permita el desarrollo constante de la



entidad, la cual será medida básicamente en términos de satisfacción social en la prestación de los servicios que misionalmente le correspondan.

Tanto el MECI como la Norma de calidad NTCGP 1000:2009, contienen elementos comunes que al ser aplicados de manera organizada y coordinada ayudan a alcanzar los objetivos específicos de cada sistema, con procesos de mejoramiento continuo.

El modelo actual de MECI se estructura de la siguiente manera:

- Dos (2) **módulos**: Módulo de Control de Planeación y Gestión, Modulo de Evaluación y Seguimiento.
- Seis (6) **componentes**: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo de los Procesos, Autoevaluación Institucional, Auditoría Interna y Planes de Mejoramiento.
- Trece (13) **elementos**: Acuerdos, Compromisos o Protocolos éticos, Desarrollo del Talento Humano, Planes y Programas, Modelo de Operación por Procesos, Estructura Organizacional, Indicadores de Gestión, Políticas de Operación, Políticas de Administración del Riesgo, Identificación del Riesgo, Análisis y Valoración del Riesgo, Autoevaluación, Auditoría Interna y Planes de Mejoramiento.
- Un **eje transversal** enfocado a la información y comunicación.

Su conformación está dada según la siguiente estructura:

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

1.2.3 Estructura Organizacional

1.2.4 Indicadores de Gestión

1.2.5 Políticas de Operación

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo



- 1.3.2 Identificación del Riesgo
- 1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

2. MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

2.2.1 Auditoría Interna

2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1 Plan de Mejoramiento

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN



2. IMPLEMENTACIÓN

Con base en el desarrollo y el cumplimiento del SGC y por otra parte con las fases establecidas por el Decreto 943 de Marzo 2014, se realiza el cumplimiento de las mismas de acuerdo a cuadro No. 1:

Cuadro No. 1. Fases para la Implementación del MECI

FASE	RESPONSABLE	FECHAS	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Fase 1. Conocimiento	Jefe de Control Interno	Julio - Agosto	Jornadas de Socialización – Acta de Socialización
Fase 2. Diagnóstico	Jefe de Control Interno – Asesores de Calidad	Septiembre	Diagnostico – Acta de Calidad - MECI
Fase 3. Planeación de la actualización	Jefe de Control Interno – Asesores de Calidad	Septiembre - diciembre	Plan de mejoramiento
Fase 4. Ejecución y Seguimiento	Jefe de Control Interno – Asesores de Calidad	Diciembre	Resultados del plan de mejoramiento
Fase 5. Cierre	Jefe de Control Interno – Asesores de Calidad	Diciembre	Acta de Calidad - MECI



Es entonces necesario describir cuales fueron las actividades que se realizaron para la puesta en marcha para el cumplimiento de los requisitos establecidos en los elementos del Modelo Estándar de Control Interno.

2.1 FASE DIAGNÓSTICO

Como fase inicial se realiza el Diagnóstico de MECI tomando como base el anexo 4. Del Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 2014 en el Comité de Calidad y MECI número 10 de fecha 23 de septiembre de 2014, en el cual se obtuvieron los siguientes resultados (Ver Cuadro 2):

Cuadro 2. Resultados Iniciales del MECI.

Elemento de control	% De Estado
Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos.	83%
Desarrollo del Talento Humano	78%
Planes, Programas y Proyectos	85%
Modelo de Operación por Procesos	57%
Estructura Organizacional	25%
Indicadores de Gestión	50%
Políticas de Operación	63%
Administración de Riesgos	45%
Autoevaluación Institucional	35%
Auditoría Interna	85%
Plan de Mejoramiento	100%
Información y Comunicación Externa	89%
Información y Comunicación Interna	40%
Sistemas de Información y Comunicación	88%
Calificación Global	70%



2.2 PLANEACIÓN DE LA ACTUALIZACIÓN

Con base en el anterior resultado y para dar cumplimiento a la tercera fase de PLANIFICACION DE LA ACTUALIZACIÓN en el cumplimiento de los requisitos, se prioriza los elementos con más baja calificación para implantar acciones tendientes a elevar el desempeño y resultados del MECI. Ver Cuadro 3.

Cuadro 3. Organización de resultados de menor a mayor calificación de los Componentes MECI.

ELEMENTO DE CONTROL	RESULTADOS MENOR A MAYOR	NIVEL DE PRIORIDAD
Estructura Organizacional	25%	ALTO
Autoevaluación Institucional	35%	ALTO
Información y Comunicación Interna	40%	ALTO
Administración de Riesgos	45%	ALTO
Indicadores de Gestión	50%	ALTO
Modelo de Operación por Procesos	57%	ALTO
Políticas de Operación	63%	MEDIO
Desarrollo del Talento Humano	78%	MEDIO
Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos.	83%	BAJO
Planes, Programas y Proyectos	85%	BAJO
Auditoría Interna	85%	BAJO
Sistemas de Información y Comunicación	88%	BAJO
Información y Comunicación Externa	89%	BAJO
Plan de Mejoramiento	100%	BAJO

Los criterios y nivel de priorización se establecieron por la calificación con valor porcentual debajo de 80%.



PLAN DE MEJORAMIENTO COMPONENTES MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO

INICIATIVA DE ACCIÓN	FUENTE DE MEJORA	ATRIBUTO A MEJORAR	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES	TIPO DE ACCIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO	COSTO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA DE CIERRE	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Fortalecer la calificación de Estructura Organizacional con base en MECI.	AUDITORÍA INTERNA	INFORMACIÓN	Socializar a todos los empleados y contratistas de la organización el organigrama aprobado.	ACCIÓN PREVENTIVA	MEDIO DE INFORMACIÓN	\$ -	Subgerencia Administrativa.	23/09/2014	30/10/2014	Lista de asistencia, Registro fotográfico.
			Socializar estructura funcional a todo el personal de la organización.	ACCIÓN PREVENTIVA	MEDIO DE INFORMACIÓN	\$ -	Asesores de Calidad.	23/09/2014	30/11/2014	Modelo funcional de lideres
Fortalecer la calificación de autoevaluación Institucional con base en MECI.	AUDITORÍA INTERNA	SEGURIDAD	Diseñar los sistemas de autocontrol de los procesos dentro del programa de auditoria	ACCIÓN CORRECTIVA	MÉTODO	\$ -	Jefe de Control Interno.	23/09/2014	30/12/2014	PAMEC
Fortalecer la calificación de indicadores de gestión con base en MECI.	AUDITORÍA INTERNA	SEGURIDAD	Presentación de resultados y desarrollo de planes de mejoramiento	ACCIÓN PREVENTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Jefe de Control Interno.	01/10/2014	30/12/2014	Informe de cumplimiento de planes de mejoramiento
			Diseño de los planes de aseguramiento donde se especifican los indicadores con respecto a las variables críticas del procesos	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Lideres de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Matriz de aseguramiento en cada uno de los procesos



INICIATIVA DE ACCIÓN	FUENTE DE MEJORA	ATRIBUTO A MEJORAR	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES	TIPO DE ACCIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO	COSTO	RESPONSABLE	FECHA INCIO	FECHA DE CIERRE	MEDIO DE VERIFICACIÓN
			Diseño de las fichas técnicas de indicadores de gestión	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Lideres de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Fichas técnicas de indicadores
			Realizar en las reuniones de comité de calidad la presentación de los resultados de los indicadores del segundo semestre de 2014	ACCIÓN PREVENTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Representante de la Dirección	01/10/2014	31/12/2014	Actas de comité de calidad
Fortalecer la calificación de Información y Comunicación Interna y Externa con base en MECI.	AUDITORÍA INTERNA	INFORMACIÓN	Implementación de herramientas para la recepción de solicitudes exclusivamente para el personal interno de la organización	ACCIÓN CORRECTIVA	MÉTODO	\$ -	Subgerencia Administrativa.	01/10/2014	30/12/2014	Instrumento de recolección de solicitudes internas
			Creación de la unidad de gestión documental	ACCIÓN PREVENTIVA	MONEDA	\$ 6.000.000,00	Subgerencia Administrativa.	01/10/2014	30/03/2015	Plan de trabajo del área de gestión documental - contratos
			Diagnóstico de áreas con respecto al sistema de gestión documental	ACCIÓN PREVENTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Asesora Gestión Documental	01/10/2014	30/12/2014	Diagnostico gestión documental



INICIATIVA DE ACCIÓN	FUENTE DE MEJORA	ATRIBUTO A MEJORAR	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES	TIPO DE ACCIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO	COSTO	RESPONSABLE	FECHA INCIO	FECHA DE CIERRE	MEDIO DE VERIFICACIÓN
			Levantamiento de la información de fuentes externas e internas	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Asesora Gestión Documental	01/10/2014	30/12/2014	Instrumentos de levantamiento de información
			Elaboración y aprobación de las tablas de retención documental	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDICIÓN	\$ 12.000.000,00	Asesora Gestión Documental	01/10/2014	30/12/2014	Tablas de retención documental aprobados
			Creación de unidad de correspondencia	ACCIÓN PREVENTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Asesora Gestión Documental	01/10/2014	30/03/2015	Plan de trabajo del área de gestión de archivo - contratos
			Elaboración de procesos y procedimientos para la gestión documental	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Asesora Gestión Documental	01/10/2014	30/12/2014	Actas de aprobación de procedimientos
			Estructuración y socialización del plan e comunicación de acuerdo con las necesidades de los grupos de interés	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDICIÓN	\$ 11.000.000,00	Asesores de Calidad	01/10/2014	30/01/2015	Plan de comunicaciones



INICIATIVA DE ACCIÓN	FUENTE DE MEJORA	ATRIBUTO A MEJORAR	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES	TIPO DE ACCIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO	COSTO	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA DE CIERRE	MEDIO DE VERIFICACIÓN
			Elaboración y despliegue de la matriz de comunicaciones con base en el plan de comunicaciones	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Asesores de Calidad	01/10/2014	30/01/2015	Matriz de comunicaciones
Fortalecer la calificación de Administración del Riesgo con base en MECI.	AUDITORÍA INTERNA	INFORMACIÓN	Revisión y rediseño de los riesgos con base en priorización de procesos para el sistema de gestión de calidad	ACCIÓN PREVENTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Lideres de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Mapa de riesgos
			Elaboración de la política de administración del riesgo con base en la integración a la política de seguridad del paciente	ACCIÓN PREVENTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Gerencia	01/10/2014	30/12/2014	Política de seguridad del paciente
			Consolidación del mapa de riesgos organizacionales con base en la priorización de procesos	ACCIÓN PREVENTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Jefe de Control Interno.	01/10/2014	30/12/2014	mapa de riesgos institucional
			Aprobación de mapa de riesgos	ACCIÓN PREVENTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Gerencia	01/10/2014	30/12/2014	Aprobación mapa de riesgos
Fortalecer la calificación de Modelo de Operación por procesos con base en MECI.	AUDITORÍA INTERNA	PERTINENCIA	Diseño, aprobación y socialización de la caracterización de los procesos	ACCIÓN CORRECTIVA		\$ -		01/10/2014	30/12/2014	Caracterización de procesos



INICIATIVA DE ACCIÓN	FUENTE DE MEJORA	ATRIBUTO A MEJORAR	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES	TIPO DE ACCIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO	COSTO	RESPONSABLE	FECHA INCIO	FECHA DE CIERRE	MEDIO DE VERIFICACIÓN
			Diseño de los planes de aseguramiento donde se especifican los indicadores con respecto a las variables críticas del procesos	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Líderes de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Planes de aseguramiento
			Diseño de las fichas técnicas de indicadores de gestión	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Líderes de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Fichas técnicas de indicadores
			Socialización de los indicadores de gestión a los equipos de trabajo	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDIO DE INFORMACIÓN	\$ -	Líderes de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Instrumento de divulgación de fichas técnicas
			Realizar en las reuniones de comité de calidad la presentación de los resultados de los indicadores del segundo semestre de 2014	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDICIÓN	\$ -	Representante de la Dirección	01/10/2014	30/12/2014	Actas de comité de calidad
			Finalización de la documentación de los procedimientos institucionales	ACCIÓN CORRECTIVA	MÉTODO	\$ -	Líderes de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Manual de procedimientos



INICIATIVA DE ACCIÓN	FUENTE DE MEJORA	ATRIBUTO A MEJORAR	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES	TIPO DE ACCIÓN	CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO	COSTO	RESPONSABLE	FECHA INCIO	FECHA DE CIERRE	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Fortalecer la calificación de Políticas de Operación con base en MECI.	AUDITORÍA INTERNA	CUMPLIMIENTO	Socialización de políticas de operación	ACCIÓN CORRECTIVA	MEDIO DE INFORMACIÓN	\$ -	Subgerencia Administrativa.	01/10/2014	30/12/2014	Lista de asistencia o de divulgación de políticas de operación
Fortalecer la calificación de Desarrollo del talento Humano con base en MECI.	AUDITORÍA INTERNA	SATISFACCIÓN	Elaboración, aprobación y ejecución del plan de incentivos	ACCIÓN CORRECTIVA	MONEDA	\$ 5.000.000,00	Gerencia	01/10/2014	30/12/2014	Plan de incentivos



2.3 EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Para dar cumplimiento a la fase cuatro de ejecución de actividades para el cumplimiento del MECI se presenta a continuación la relación de evidencias para cada criterio, componente y modulo:



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	Documento con los principios y valores de la entidad, construido participativamente.	Desde la construcción del Plan de Desarrollo Institucional se elabora la plataforma estratégica, componente fundamental de ella son los valores y principios los cuales han sido incluidos en los planes de capacitación, inducción y reinducción como tema principal para su despliegue y formación. En reunión de líderes se ha perfeccionado su concepto y fundamentos aplicativos estructurados bajo cuatro acuerdo y competencia de los servidores públicos
	Acto administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la entidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Se creó el Comité Ética a través de la resolución 088 del 28 de febrero de 2014. • El Código de Ética y Buen Gobierno se actualizó y se encuentra aprobado por parte de la Alta Dirección. • Se renovó la Comisión de Personal correspondiente al periodo 2012 - 2016, desarrollando las actividades y modelo de selección planteado según el decreto 1228 de 1993.
	Socialización de los principios y valores de la organización a todos los servidores.	Se ejecuto en el año 2014 a través del plan de capacitaciones, inducción y reinducción la socialización, despliegue de los valores y principios con una cobertura del 100%
Desarrollo del Talento Humano	Manual de funciones y competencias laborales	El Manual de funciones se encuentra actualizado, incluido en el Sistema de Gestión de Calidad y aprobado por parte de la alta dirección



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Desarrollo del Talento Humano	Plan Institucional de Formación y Capacitación	Se estructura para el año 2014 el Procedimiento de capacitaciones, soportado en el plan de capacitaciones asociados a objetivos estratégicos , competencias organizacionales y específicas del cargo.
	Programa de Inducción y reinducción realizado a los servidores vinculados a la entidad.	de Igual manera se diseña, se aprueba y se ejecuta el Procedimiento de inducción - reinducción y reconocimiento de CEHANI ESE para servicios profesionales soportados en la agenda de planificación de inducción - reinducción, agenda de planificación de reconocimiento, evaluación de inducción - reinducción, evaluación reconocimiento CEHANI ESE, evaluación programa inducción - reinducción, evaluación reconocimiento institucional.
	Programa de reinducción en respuesta a cambios organizacionales, técnicos o normativos.	Los resultados obtenidos en la aplicación de la encuesta de EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN tiene una calificación de 4 sobre 5, lo que evidencia que no se requieren tomar acciones correctivas en el cumplimiento del procedimiento. Frente a los resultados obtenidos en la EVALUACIÓN PROGRAMA DE RECONOCIMIENTO E INTEGRACIÓN los resultados obtenidos son de una calificación de 4.2 sobre 5 lo que demuestra que no se requieren acciones de corrección y/o correctivas.
	Programa de Bienestar	En el año 2014 a partir del 28 de febrero se cuenta con el Plan de Bienestar Social e Incentivos aprobado, éste se ejecutó en un 86%, ya que de las 7 actividades programadas se ejecutaron 6, debido a que una actividad relacionada con formación en culinaria para el personal no se desarrolló debido a la falta de documentos para la legalización de la contratación.
	Plan de incentivos	Frente al plan de incentivos se programaron 5 actividades, de las cuales se desarrollaron 3, lo cual cumple una meta del 60%.



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Desarrollo del Talento Humano	Procesos meritocráticos de cargos directivos (en las entidades donde aplique)	No se aplicó en el año 2014.
	Mecanismos de evaluación del desempeño acorde a la normatividad que aplique a la entidad.	Se diseña, aprueba y ejecuta el procedimiento de Evaluación de desempeño, sustentado en los registros de evaluación de desempeño con un cumplimiento y aplicación del 100%. Teniendo en cuenta que los resultados obtenidos en la aplicación de la evaluación de desempeño están sobre los criterios de aceptación, no se hizo necesario reportar a través de RAM, como tampoco formular planes de mejoramiento individuales.
Planes, Programas y Proyectos	Misión, Visión y Objetivos Institucionales adoptados y divulgados.	Se da cumplimiento al Procedimiento de Direccionamiento estratégico aterrizado en el plan de desarrollo institucional y en la plataforma estratégica, en el marco del Balance Score Card donde se definen cuatro áreas de gestión con sus respectivos proyectos, objetivos, indicadores y presupuesto asociado. Dicha plataforma ha sido socializado en cada una de las capacitaciones, jornadas de inducción y reinducción.
	Documentos que soporten la revisión sobre necesidades de los usuarios, legales y de presupuesto.	Se continua con la Implementación del sistema de PQRS a través del instructivo de apertura de buzones, el procedimiento de recepción y gestión de PQRS y los formatos Petición, queja, sugerencia, felicitación; consolidado para el seguimiento a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias; Investigación interna de PQRS; control de llamadas, Acta de Fijación – desfijación; matriz de aseguramiento / calidad esperada proceso gestión acompañamiento al usuario, caracterización de este proceso, matriz de indicadores, desempeño del proceso, matriz de riesgos del proceso.



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Planes, Programas y Proyectos	Planes operativos con cronogramas y responsables.	Formulación de los Poas para el 2014, de acuerdo al Plan de Desarrollo Institucional, el cual está alineado a la plataforma estratégica de la entidad, en él se determinan para cada uno de los proyectos información que permite a la entidad realizar un seguimiento, medición y control más efectivo y eficaz, permitiéndole tomar acciones de corrección, correctivas y/o preventivas de manera oportuna. Los Planes Operativos Anuales de la entidad, definen los responsables, fechas de ejecución, indicadores para realizar las mediciones y los costos necesarios para le ejecución de cada uno.
	Fichas de indicadores para medir el avance en la planeación.	Se ejecuta el Procedimiento de Gestión de Procesos el cual determina a través del Ciclo PHVA, la realización de la gestión de los procesos de la organización, con base en dicho proceso se ha estableció la herramienta aseguramiento de procesos en la cual se determinan los requisitos del cliente y de la organización, se establecen objetivos de operación de la calidad y se han diseñado indicadores para medir el comportamiento del desempeño de los procesos con respecto a dichas especificaciones. Teniendo dicha matriz se han estructurado la totalidad de las fichas técnicas de los indicadores y la herramienta matriz de desempeño en la cual se pude evidenciar de una manera grafica la tendencia del proceso con respecto a las meta y al esfuerzo así como también proporciona el marco para realizar análisis de los procesos y en el caso de que no cumplan con las metas asociarlos a la fuente de información para el mejoramiento continuo.
	Procesos de seguimiento y evaluación que incluya la satisfacción del cliente y partes interesadas.	Se ejecuta el procedimiento de evaluación de la percepción de cliente con sus correspondientes herramientas de entrevista a través de la técnica encuestas para determinar el grado de calificación sobre los servicios y procesos prestados por la Institución con una cobertura del 100% de procesos evaluados. Para los clientes institucionales a través del proceso de gestión de mercadeo se estructura encuestas a dichos clientes aterrizándolo en un plan de mercadeo.



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Modelo de Operación por Procesos	<p>Caracterizaciones de proceso elaboradas y divulgadas a todos los funcionarios de la entidad.</p>	<p>Se diseña la herramienta de caracterización de procesos asociando objetivo, alcance, recursos, indicadores, requisitos del cliente, legales, de la Norma ISO 9001 Y NTCGP 1000, requisitos MECl, actividades a través del ciclo PHVA, entradas, proveedores, responsables, salidas, clientes, recursos para el 100% de procesos de la institución.</p>
	<p>Mapa de procesos.</p>	<p>Ajuste, aprobación y sensibilización al personal del Mapa de Procesos de CEHANI ESE. Los procesos de la entidad se han clasificado en: Procesos Estratégicos: incluyen los relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección. Los procesos estratégicos de CEHANI ESE, son: direccionamiento estratégico, gestión de calidad y gestión del riesgo. Procesos Misionales: incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por la entidad en el cumplimiento del objeto social o razón de ser. Los procesos misionales de CEHANI ESE, son: Admisión y Registro, Gestión acompañamiento al usuario, Gestión de Habilitación y Rehabilitación, Gestión Ayudas Diagnósticas, Gestión Servicio Farmacéutico. Procesos de Apoyo: incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación. En esta clasificación de procesos, CEHANI ESE, cuenta con: Gestión Humana, Gestión Financiera, Gestión Ambiente Físico, Gestión Tecnológica, Gestión Sistemas de Información, Gestión Docente Asistencial, Gestión Jurídica. Procesos de Evaluación: incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales. El proceso que forma parte de esta clasificación es Gestión de Control.</p>



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Modelo de Operación por Procesos	Indicadores por proceso para realizar la medición correspondiente.	Ver requisito Fichas de indicadores para medir el avance en la planeación.
	Actas de reuniones u otro soporte para revisiones o ajustes a los procesos.	A través de las sesiones con el grupo de asesores se cuenta con las listas de asistencia donde se determina las actividades de diseño, rediseño, modificación, ajustes, revisión para el 100% de procesos de la organización, los cuales se encuentran archivados en carpeta de listas de asistencia del área de calidad.
	Procedimientos diseñados de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos.	Se ha desarrollado la estructura documental de acuerdo a norma ISO 10013, a través de procedimientos, guías, instructivos, protocolos, esquemas, planes, para dar respuesta a las actividades que se ejecutan diariamente en los procesos de la organización. Sin embargo es necesario fortalecer la documentación de los procesos financieros, procesos de la gestión del ambiente físico.
	Actas u otro documento que soporte la divulgación de los procedimientos a todos los funcionarios.	Se cuenta con actas de socialización de procedimientos entre los equipos internos de los procesos, los cuales pueden ser evidenciados en el formato de ejecución de la capacitación en cada uno de los procesos de CEHANI E.S.E. Es necesario fortalecer la socialización y divulgación de los procedimientos al 100% de funcionarios de la institución.
	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles.	Como se menciona anteriormente se han diseñado las herramientas para el control y seguimiento de los procesos, sin embargo es necesario y prioritario que los líderes de los procesos rindan cuenta del desempeño de los procesos con el fin de determinar la eficacia y eficiencia del sistema para generar programas de mejoramiento continuo



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Estructura Organizacional	Evidencias que soporten la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.	<p>En las capacitaciones programadas con el personal y en los espacios del Comité de Calidad, se han ejecutado acciones que han permitido sensibilizar al personal en temas relacionados con la estructura de la entidad y los procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En Comité de Calidad del 28 de abril de 2013 se eligió por parte de la Alta Dirección a los Líderes de los procesos, asignando roles y responsabilidades frente a la gestión de cada uno de los procesos que conforman el sistema de gestión de calidad de la entidad. • Se Realiza nueva reinducción el 04 y 05 de Noviembre donde se refuerzan los temas estratégicos, de plan de desarrollo institucional, SGC, MECI, Políticas de operación, estructura organizacional. Dicha jornada se encuentra plasmada en listas de asistencia así como en la evaluación de la satisfacción e la reinducción
Indicadores de Gestión	Fichas de indicadores donde se registra y hace seguimiento a la gestión.	<p>Se ejecuta el Procedimiento de Gestión de Procesos el cual determina a través del Ciclo PHVA, la realización de la gestión de los procesos de la organización, con base en dicho proceso se ha establecido la herramienta aseguramiento de procesos en la cual se determinan los requisitos del cliente y de la organización, se establecen objetivos de operación de la calidad y se han diseñado indicadores para medir el comportamiento del desempeño de los procesos con respecto a dichas especificaciones. Teniendo dicha matriz se han estructurado la totalidad de las fichas técnicas de los indicadores y la herramienta matriz de desempeño en la cual se puede evidenciar de una manera grafica la tendencia del proceso con respecto a las meta y al esfuerzo así como también proporciona el marco para realizar análisis de los procesos y en el caso de que no cumplan con las metas asociarlos a la fuente de información para el mejoramiento continuo.</p>
	Cuadros de control para seguimiento a los indicadores clave de los procesos.	
Políticas de Operación	Documento que contiene las políticas de operación.	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisó y ajustó las políticas de la entidad, éstas se consolidaron en el documento interno identificado con el código DI-DRE-003 “Manual de General de Políticas, Centro de Habilitación del Niño, CEHANI ESE”, documento que forma parte del proceso de Direccionamiento Estratégico. <p>Su despliegue es evidenciado en los formato de ejecución de las capacitaciones donde se encuentra el 100% del personal de CEHANI, SOCIALIZADO LAS POLITICAS DE LA ENTIDAD EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REINUDCCIÓN.</p>



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
	<p>Actas u otro documento que soporte la divulgación de las políticas de operación a todos los funcionarios.</p>	
<p>Administración de Riesgos</p>	<p>Definición desde la Alta Dirección de la política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Con el acompañamiento de la Alta Dirección se formuló la Política de Administración de Riesgos, esta política forma parte del documento DI-DRE-003 "Manual de General de Políticas, Centro de Habilitación del Niño, CEHANI ESE".
	<p>Mapas de riesgos por proceso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó a partir del mes de enero hasta el mes de febrero, capacitaciones dirigidas al personal administrativo y asistencial, los días viernes y martes respectivamente para brindar herramientas que les permitan a los líderes de procesos y sus equipos de trabajo identificar los riesgos en cada uno de los procesos que forman parte del sistema de gestión de calidad de la entidad. En el mes de noviembre se refuerzan las acciones de formación y se estructuran para todos los procesos el mapa de riesgos diseñados por el personal de la institución.



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Administración de Riesgos	Mapa Institucional de Riesgos	<ul style="list-style-type: none"> Desde el proceso de gestión de calidad se documentó un Manual, un procedimiento y los formatos de registro correspondientes para la administración de riesgos en CEHANI ESE. Estos documentos se encuentran aprobados. Se ha establecido y consolidado el mapa de riesgos institucional. Es necesario y prioritario que los líderes de procesos con sus equipos de trabajo actualicen permanentemente dicho mapa con la generación o hallazgos de auditorías, pgrs, incidentes, eventos adversos, ideas de mejora, y las que se tramiten por el procedimiento de no conformidad y mejoramiento continuo. De igual manera es fundamental desarrollar y centrarse en la socialización apropiación de la gestión de los riesgos en los procesos por parte de todo el personal. Es vital que se formule un plan de trabajo para establecer el diseño e implementación de las acciones de control como acciones preventivas en los procesos
	Actas u otro documento que soporte la divulgación de los mapas de riesgos a todos los funcionarios de la entidad.	
	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles establecidos para los riesgos.	



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Autoevaluación Institucional	Documentos soporte sobre aplicación de encuestas de autoevaluación de los procesos.	<ul style="list-style-type: none"> • Para todos los procesos se realizó las jornadas de despliegue con base en la autoevaluación sobre el cumplimiento de las actividades definidas en los planes operativos anuales alineados a los objetivos estratégicos y objetivos de calidad de la organización en el marco de los proyectos del plan de desarrollo institucional. • Desde el proceso de gestión de calidad se viene liderando la gestión de Reporte de Acciones de Mejora a través del diligenciamiento del documento FR-GDC-006, el cual se conoce en el lenguaje de la entidad como RAM. La gestión de esta herramienta le permite a CEHANI ESE, identificar en cada uno de sus procesos las no conformidades, es una acción que a través de los diferentes espacios que se han propiciado por la entidad, como son: capacitaciones de calidad, reuniones de Comité de Calidad, y a través del uso de las herramientas institucionales como es el uso del correo electrónico se brinda información a los colaboradores para inculcar la cultura del autocontrol, solicitando el registro de sus no conformidades en el formato elaborado para este fin. <p>Se llevó a cabo dos mediciones del cumplimiento del POA, como acciones de autocontrol así como la medición del cumplimiento de los planes de mejora.</p> <p>En el PAMEC se ha estructurado las herramientas para la ejecución de los sistemas de autoevaluación en los procesos.</p> <p>Es fundamental que los líderes de procesos centren su gestión en la aplicación de dichas herramientas.</p>
	Documentos soporte sobre realización de talleres de autoevaluación.	
	Informes u otros soportes de informes de autoevaluación realizados.	
	Informes sobre análisis de los indicadores por proceso.	<p>La estructuración de la matriz de aseguramiento, fichas técnicas de indicadores, matriz de desempeño de procesos permite a los líderes realizar el seguimiento a los procesos. Es de nivel prioritario que se presenten los resultados consolidados del año 2014 y su análisis de desempeño.</p>
	Informes de gestión por procesos.	



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Auditoría Interna	Informes pormenorizados de la vigencia.	<p>Se diseñó el proceso de control de gestión el cual cuenta con lineamientos para la construcción del PAMEC, sustentado en el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad, estructura de auditoría, procedimiento de auditoría, instructivo para la selección de auditores, programa de auditoría, plan de auditoría, listas de verificación, reporte de hallazgos, informe de auditoría. Se ha evaluado y elaborado los informes para ser entregados a la DAFP el cual reposa en la oficina de control interno, así como los registros de las auditorías ejecutadas a los POA, Inventarios, Presupuesto y los definidos en el plan de auditoría capítulo gestión.</p> <p>Se brindo formación al equipo humano del CEHANI en auditorías internas con base en la norma ISO 19001:2011</p> <p>Es necesario fortalecer las auditorías internas de calidad para todos los procesos de la organización.</p> <p>Es importante realizar el cierre del PAMEC vigencia 2014, y rediseñar el PAMEC vigencia 2015.</p>
	Resultados Informe Ejecutivo Anual realizado ante el DAFP.	
	Procedimiento para auditoría interna.	
	Programa Anual de Auditorías aprobado.	
	Informes de auditorías realizadas.	



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Plan de Mejoramiento	Herramienta definida para la construcción del plan de mejoramiento.	<p>Se ejecuta el Procedimiento documentado y aprobado de mejoramiento continuo, soportado en el formato Reporte de Acciones de Mejora (RAM), análisis de causas y planes de mejoramiento, administrado a través de la herramienta Administración del RAM donde se realiza seguimiento a las acciones propuestas, los tiempos, las fuentes, el estado de las mismas.</p> <p>Es básico fortalecer las competencias en análisis de causas así como cumplir los compromisos adquiridos.</p>
	Documentos que evidencien el seguimiento a los planes de mejoramiento.	
Información y Comunicación Externa	Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.	<ul style="list-style-type: none"> • A través del procedimiento de Gestión de PQRs, se brinda atención a las peticiones, quejas, reclamos, felicitaciones que se presentan ante la entidad. Estas PQRs se gestionan de acuerdo al procedimiento mencionado y el procedimiento de mejoramiento continuo. El sistema implementado incluye los derechos de petición.
	Mecanismos de consulta para la obtención de información requerida para la gestión de la entidad.	<p>Para el año 2014 se contrata un profesional para el acompañamiento en la estructuración y lineamientos para los procesos de archivo y gestión, definiendo procedimientos instructivos y lineamiento para el manejo de los mismos.</p> <p>Es fundamental continuar con dicho proceso para fortalecer los mecanismos de consulta involucrando tecnología para el manejo archivístico</p>



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
<p>Información y Comunicación Externa</p>	<p>Publicación en página web de la información relacionada con la planeación institucional.</p>	<p>Para el año 2014 se contrata la actualización de la página web de acuerdo con las directrices de gobierno en línea, la cual permita a la comunidad y partes interesadas encontrar la información requerida, todo esto en cumplimiento a la normatividad que lo rige. De igual manera se ha construido un modulo para la atención del ciudadano, diseñando los formatos para la recepción de solicitudes así como para brindar la información sobre trámites para el acceso de los servicios. Es necesario designar la responsabilidad para su actualización permanente con temas de interés para los clientes externos e internos.</p>
	<p>Publicación en página web de los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.</p>	
	<p>Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.</p>	



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Información y Comunicación Externa	Lineamientos de planeación establecidos para llevar a cabo el proceso de rendición de cuentas.	<p>Se ejecuta para el 2014 la rendición de cuentas de acuerdo con la Guía para la planificación, ejecución y evaluación de audiencia pública - rendición de cuentas soportada en los formatos: Plan de Acción de Rendición de Cuentas, Agenda Audiencia Pública, Rendición de Cuentas, CEHANI ESE, Convocatoria Pública, Audiencia Pública, Rendición de Cuentas a la Ciudadanía, Convocatoria inscripción de propuestas, Audiencia Pública, Rendición de Cuentas a la Ciudadanía, Inscripción de propuestas, Audiencia Pública, Rendición de Cuentas de CEHANI ESE, Inscripción de preguntas, Evaluación de la ciudadanía de la Audiencia Pública, de Rendición de Cuentas Audiencia Pública, Rendición de Cuentas de CEHANI ESE.</p> <p>Dichos registros pueden ser verificados en la oficina de atención al usuario, oficina de control interno y en la página web de la institución.</p>
	Actas u otros documentos que soporten la realización de procesos de rendición de cuentas.	
	Publicación en página web de los resultados de la última rendición de cuentas realizada.	
	Actas u otros documentos que evidencien la realización de otro tipo de contacto con la ciudadanía (diferente a la rendición de cuentas).	No se han generado acciones de acercamiento a la comunidad.



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Información y Comunicación Interna	Mecanismo para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios.	Se ha establecido que a través del proceso de mejoramiento continuo se direcciones todas las sugerencias y solicitudes por parte de los funcionarios. Es necesario implementar nuevos mecanismos de escucha al cliente interno
	Tablas de Retención Documental.	Se diseño para el 2014 en el proceso de sistemas de información los procedimientos, instructivos, guías, formatos de registro, que forman parte del subproceso de gestión documental. Ver manual de gestión documental
	Fuentes internas de información: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.	Actualmente la organización se encuentra en la fase de estructuración documental en soportes físicos para los manuales, procedimientos, guías, actos administrativos y demás documentación que evidencia la gestión estratégica, operativa, misional y de control. Es necesario poner en marcha sistemas de automatización de búsqueda para las fuentes de información y consulta para los clientes internos.
	Política y Plan de Comunicaciones establecido y divulgado a todos los funcionarios.	Para el año 2014 se contrato un profesional para el diagnostico y diseño de los planes de comunicación con base en la realidad empresarial. Su divulgación tiene fecha hasta el 31 de enero de 2015. Es necesario poner en marcha las actividades consignas en el plan de comunicaciones
	Matriz de comunicaciones	



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Sistemas de Información y Comunicación	Sistema de información para el proceso documental institucional.	Para el año 2014 se ejecuta el Procedimiento control de documentos, Control de registros listado maestro de documentos para cada proceso, listado maestro para los registros, se define y ejecuta el POA de gestión documental. Se estructuran las tablas de tención documental y se da organización a los archivos de gestión, así como al archivo de historias clínicas de acuerdo con normatividad vigente.
	Sistema de información para la atención de las peticiones, quejas, reclamaciones o recursos de los ciudadanos.	Se cuenta para el año 2014 con la estructura documental y su ejecución esta soportada por los procesos de Gestión de acompañamiento al usuario dando respuesta a peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, realizando seguimiento a su cumplimiento a través del proceso de mejoramiento continuo. El proceso de acompañamiento al usuario tiene implementado y medido el desempeño frente al requisito de PQRS
	Sistemas de información para el manejo de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros.	Se cuenta para el año 2014 con la estructura documental para los procesos de gestión humana, gestión del ambiente físico, gestión de tecnología de acuerdo con el listado maestro de documentos y registros. Es importante hacer la salvedad en el sentido que dichos procesos deben ser fortalecidos en su ejecución para dar cumplimiento a los criterios establecidos por el sistema de gestión de calidad y el sistema de control de gestión.
	Página web	Ver información externa
	Punto de atención al usuario.	Se cuenta con la oficina de atención al usuario completamente dotada para la gestión de la atención de los usuarios.



Elemento de control	Productos Mínimos	EVIDENCIAS
Sistemas de Información y Comunicación	Otros medios de comunicación virtual (chat, foro, redes sociales).	Se actualizo la página web de la entidad para brindar información y comunicación con los usuarios. Es necesario fortalecer los mecanismos de comunicación mediante estrategias virtuales de acompañamiento.



2.3.1 SEGUIMIENTO

Con base en el plan de mejoramiento presentado en el capítulo de planeación de la actualización atañe al presente ítem presentar la eficacia del cumplimiento de dicho plan:



INICIATIVA DE ACCIÓN	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA DE CIERRE	MEDIO DE VERIFICACIÓN	CUMPLIMIENTO		
							si	no	pendiente
Fortalecer la calificación de Estructura Organizacional con base en MECI.	Socializar a todos los empleados y contratistas de la organización el organigrama aprobado.	ACCIÓN PREVENTIVA	Subgerencia Administrativa.	23/09/2014	30/10/2014	Lista de asistencia, Registro fotográfico.	1		
	Socializar estructura funcional a todo el personal de la organización.	ACCIÓN PREVENTIVA	Asesores de Calidad.	23/09/2014	30/11/2014	Modelo funcional de lideres	1		
Fortalecer la calificación de autoevaluación Institucional con base en MECI.	Diseñar los sistemas de autocontrol de los procesos dentro del programa de auditoria	ACCIÓN CORRECTIVA	Jefe de Control Interno.	23/09/2014	30/12/2014	PAMEC	1		
Fortalecer la calificación de indicadores de gestión con base en MECI.	Presentación de resultados y desarrollo de planes de mejoramiento	ACCIÓN PREVENTIVA	Jefe de Control Interno.	01/10/2014	30/12/2014	Informe de cumplimiento de planes de mejoramiento	1		
	Diseño de los planes de aseguramiento donde se especifican los indicadores con respecto a las variables críticas del procesos	ACCIÓN CORRECTIVA	Lideres de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Matriz de aseguramiento en cada uno de los procesos	1		



	Diseño de las fichas técnicas de indicadores de gestión	ACCIÓN CORRECTIVA	Lideres de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Fichas técnicas de indicadores	1		
	Realizar en las reuniones de comité de calidad la presentación de los resultados de los indicadores del segundo semestre de 2014	ACCIÓN PREVENTIVA	Representante de la Dirección	01/10/2014	31/12/2014	Actas de comité de calidad		1	
Fortalecer la calificación de Información y Comunicación Interna y Externa con base en MECI.	Implementación de herramientas para la recepción de solicitudes exclusivamente para el personal interno de la organización	ACCIÓN CORRECTIVA	Subgerencia Administrativa.	01/10/2014	30/12/2014	Instrumento de recolección de solicitudes internas		1	
	Creación de la unidad de gestión documental	ACCIÓN PREVENTIVA	Subgerencia Administrativa.	01/10/2014	30/03/2015	Plan de trabajo del área de gestión documental - contratos			1
	Diagnóstico de áreas con respecto al sistema de gestión documental	ACCIÓN PREVENTIVA	Asesora Gestión Documental	01/10/2014	30/12/2014	Diagnostico gestión documental	1		
	Levantamiento de la información de fuentes externas e internas	ACCIÓN CORRECTIVA	Asesora Gestión Documental	01/10/2014	30/12/2014	Instrumentos de levantamiento de información	1		



INICIATIVA DE ACCIÓN	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA INCIO	FECHA DE CIERRE	MEDIO DE VERIFICACIÓN	CUMPLIMIENTO		
							si	no	pendiente
	Elaboración y aprobación de las tablas de retención documental	ACCIÓN CORRECTIVA	Asesora Gestión Documental	01/10/2014	30/12/2014	Tablas de retención documental aprobados	1		
	Creación de unidad de correspondencia	ACCIÓN PREVENTIVA	Asesora Gestión Documental	01/10/2014	30/03/2015	Plna de trabajo del area de gestión de archivo - contratos			1
	Elaboración de procesos y procedimientos para la gestión documental	ACCIÓN CORRECTIVA	Asesora Gestión Documental	01/10/2014	30/12/2014	Actas de aprobación de procedimientos	1		
	Estructuración y socialización del plan e comunicación de acuerdo con las necesidades de los grupos de interés	ACCIÓN CORRECTIVA	Gerencia	01/10/2014	30/01/2015	Plan de comunicaciones			1
	Elaboración y despliegue de la matriz de comunicaciones con base en el plan de comunicaciones	ACCIÓN CORRECTIVA	Gerencia	01/10/2014	30/01/2015	Matriz de comunicaciones			1



INICIATIVA DE ACCIÓN	DESCRIPCION DE LAS ACCIONES	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA DE CIERRE	MEDIO DE VERIFICACIÓN	CUMPLIMIENTO		
							si	no	pendiente
Fortalecer la calificación de Administración del Riesgo con base en MECI.	Revisión y rediseño de los riesgos con base en priorización de procesos para el sistema de gestión de calidad	ACCIÓN PREVENTIVA	Lideres de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Mapa de riesgos	1		
	Elaboración de la política de administración del riesgo con base en la integración a la política de seguridad del paciente	ACCIÓN PREVENTIVA	Gerencia	01/10/2014	30/12/2014	Política de seguridad del paciente	1		
	Consolidación del mapa de riesgos organizacionales con base en la priorización de procesos	ACCIÓN PREVENTIVA	Jefe de Control Interno.	01/10/2014	30/12/2014	mapa de riesgos institucional	1		
	Aprobación de mapa de riesgos	ACCIÓN PREVENTIVA	Gerencia	01/10/2014	30/12/2014	Aprobación mapa de riesgos	1		
Fortalecer la calificación de Modelo de Operación por procesos con base en MECI.	Diseño, aprobación y socialización de la caracterización de los procesos	ACCIÓN CORRECTIVA	Asesores de Calidad.	01/10/2014	30/12/2014	Caracterización de procesos	1		



	Diseño de los planes de aseguramiento donde se especifican los indicadores con respecto a las variables críticas del procesos	ACCIÓN CORRECTIVA	Líderes de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Planes de aseguramiento	1		
	Diseño de las fichas técnicas de indicadores de gestión	ACCIÓN CORRECTIVA	Lideres de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Fichas técnicas de indicadores	1		
	Finalización de la documentación de los procedimientos institucionales	ACCIÓN CORRECTIVA	Lideres de Procesos	01/10/2014	30/12/2014	Manual de procedimientos		1	
Fortalecer la calificación de Políticas de Operación con base en MECI.	Socialización de políticas de operación	ACCIÓN CORRECTIVA	Subgerencia Administrativa.	01/10/2014	30/12/2014	Lista de asistencia o de divulgación de políticas de operación	1		
Fortalecer la calificación de Desarrollo del talento Humano con base en MECI.	Elaboración, aprobación y ejecución del plan de incentivos	ACCIÓN CORRECTIVA	Gerencia	01/10/2014	30/12/2014	Plan de incentivos	1		



Con base al anterior seguimiento se tiene como resultado:

Porcentaje de cumplimiento	19 de 22 actividades programadas para el 2014	86.3%
Porcentaje de Incumplimiento	3 de 22 actividades programadas para el 2014	14%
Actividades pendientes	4 actividades para el 2015	



3. RESULTADOS

El presente capítulo se enfocará en evidenciar los resultados alcanzados a través de la implementación del enfoque del Sistema de Gestión de Calidad alienado al Modelo Estándar de Control Interno MECI, para ello se utilizará la herramienta diagnóstico para determinar la calificación e avance de cada uno de los componentes del MECI



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos	Documento con los principios y valores de la entidad, construido participativamente.				4
	Acto administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la entidad.				4
	Socialización de los principios y valores de la organización a todos los servidores.				4
SUBTOTAL		0	0	0	12
%		100%			



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Desarrollo del Talento Humano	Manual de funciones y competencias laborales				4
	Plan Institucional de Formación y Capacitación				4
	Programa de Inducción y reinducción realizado a los servidores vinculados a la entidad.				4
	Programa de reinducción en respuesta a cambios organizacionales, técnicos o normativos.				4
	Programa de Bienestar				4
	Plan de incentivos				4



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
	Procesos meritocráticos de cargos directivos (en las entidades donde aplique)				4
	Mecanismos de evaluación del desempeño acorde a la normatividad que aplique a la entidad.				4
SUBTOTAL		0	0	0	32
%		100%			



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Planes, Programas y Proyectos	Misión, Visión y Objetivos Institucionales adoptados y divulgados.				4
	Documentos que soporten la revisión sobre necesidades de los usuarios, legales y de presupuesto.				4
	Planes operativos con cronogramas y responsables.				4
	Fichas de indicadores para medir el avance en la planeación.				4
	Procesos de seguimiento y evaluación que incluya la satisfacción del cliente y partes interesadas.				4
SUBTOTAL		0	0	0	20
%		100%			



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Modelo de Operación por Procesos	Caracterizaciones de proceso elaboradas y divulgadas a todos los funcionarios de la entidad.				4
	Mapa de procesos.				4
	Indicadores por proceso para realizar la medición correspondiente.				4
	Actas de reuniones u otro soporte para revisiones o ajustes a los procesos.				4



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Modelo de Operación por Procesos	Procedimientos diseñados de acuerdo a las actividades que desarrollan los procesos.			3	
	Actas u otro documento que soporte la divulgación de los procedimientos a todos los funcionarios.		2		
	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles.		2		
SUBTOTAL		0	4	3	16
%		82%			



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Estructura Organizacional	Evidencias que soporten la comunicación a todo el personal para sensibilizar la relación entre la estructura y los procesos de la entidad.				4
SUBTOTAL		0	0	0	4
%		100%			
Indicadores de Gestión	Fichas de indicadores donde se registra y hace seguimiento a la gestión.				4
	Cuadros de control para seguimiento a los indicadores clave de los procesos.				4
SUBTOTAL		0	0	0	8
%		100%			
Políticas de Operación	Documento que contiene las políticas de operación.				4



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Políticas de Operación	Actas u otro documento que soporte la divulgación de las políticas de operación a todos los funcionarios.				4
SUBTOTAL		0	0	0	8
%		100%			
Administración de Riesgos	Definición desde la Alta Dirección de la política de Administración del Riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo.				4
	Mapas de riesgos por proceso			3	
	Mapa Institucional de Riesgos			3	
	Actas u otro documento que soporte la divulgación de los mapas de riesgos a todos los funcionarios de la entidad.		2		



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Administración de Riesgos	Documentos u otros soportes que evidencian el seguimiento a los controles establecidos para los riesgos.		2		
SUBTOTAL		0	4	6	4
%		70%			
Autoevaluación Institucional	Documentos soporte sobre aplicación de encuestas de autoevaluación de los procesos.				4
	Documentos soporte sobre realización de talleres de autoevaluación.			3	
	Informes u otros soportes de informes de autoevaluación realizados.			3	



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
	Informes sobre análisis de los indicadores por proceso.		2		
	Informes de gestión por procesos.		2		
SUBTOTAL		0	4	6	4
%		70%			
Auditoría Interna	Informes pormenorizados de la vigencia.				4
	Resultados Informe Ejecutivo Anual realizado ante el DAFP.				4
	Procedimiento para auditoría interna.				4
	Programa Anual de Auditorías aprobado.				4



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
	Informes de auditorías realizadas.				4
SUBTOTAL		0	0	0	20
%		100%			
Plan de Mejoramiento	Herramienta definida para la construcción del plan de mejoramiento.				4
	Documentos que evidencien el seguimiento a los planes de mejoramiento.				4
SUBTOTAL		0	0	0	8
%		100%			



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Información y Comunicación Externa	Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.				4
	Mecanismos de consulta para la obtención de información requerida para la gestión de la entidad.			3	
	Publicación en página web de la información relacionada con la planeación institucional.				4
	Publicación en página web de los formularios oficiales relacionados con trámites de los ciudadanos.				4



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Información y Comunicación Externa	Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, quejas o reclamos por parte de la ciudadanía.				4
	Lineamientos de planeación establecidos para llevar a cabo el proceso de rendición de cuentas.				4
	Actas u otros documentos que soporten la realización de procesos de rendición de cuentas.				4
	Publicación en página web de los resultados de la última rendición de cuentas realizada.				4



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Información y Comunicación Externa	Actas u otros documentos que evidencien la realización de otro tipo de contacto con la ciudadanía (diferente a la rendición de cuentas).	1			
SUBTOTAL		1	0	3	28
%		89%			
Información y Comunicación Interna	Mecanismo para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios.			3	
	Tablas de Retención Documental.		2		



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
	Fuentes internas de información: Manuales, actas, actos administrativos u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados.		2		
	Política y Plan de Comunicaciones establecido y divulgado a todos los funcionarios.			3	
	Matriz de comunicaciones		2		
SUBTOTAL		0	6	6	0
%		60%			



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
Sistemas de Información y Comunicación	Sistema de información para el proceso documental institucional.			3	
	Sistema de información para la atención de las peticiones, quejas, reclamaciones o recursos de los ciudadanos.				4
	Sistemas de información para el manejo de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros.				4
	Página web				4
	Punto de atención al usuario.				4



Elemento de control	Productos Mínimos	Estado			
		No existe	Se encuentra en proceso	Está Documentado	Evaluado/ Revisado
	Otros medios de comunicación virtual (chat, foro, redes sociales).			3	
SUBTOTAL		0	0	6	16
%		92%			

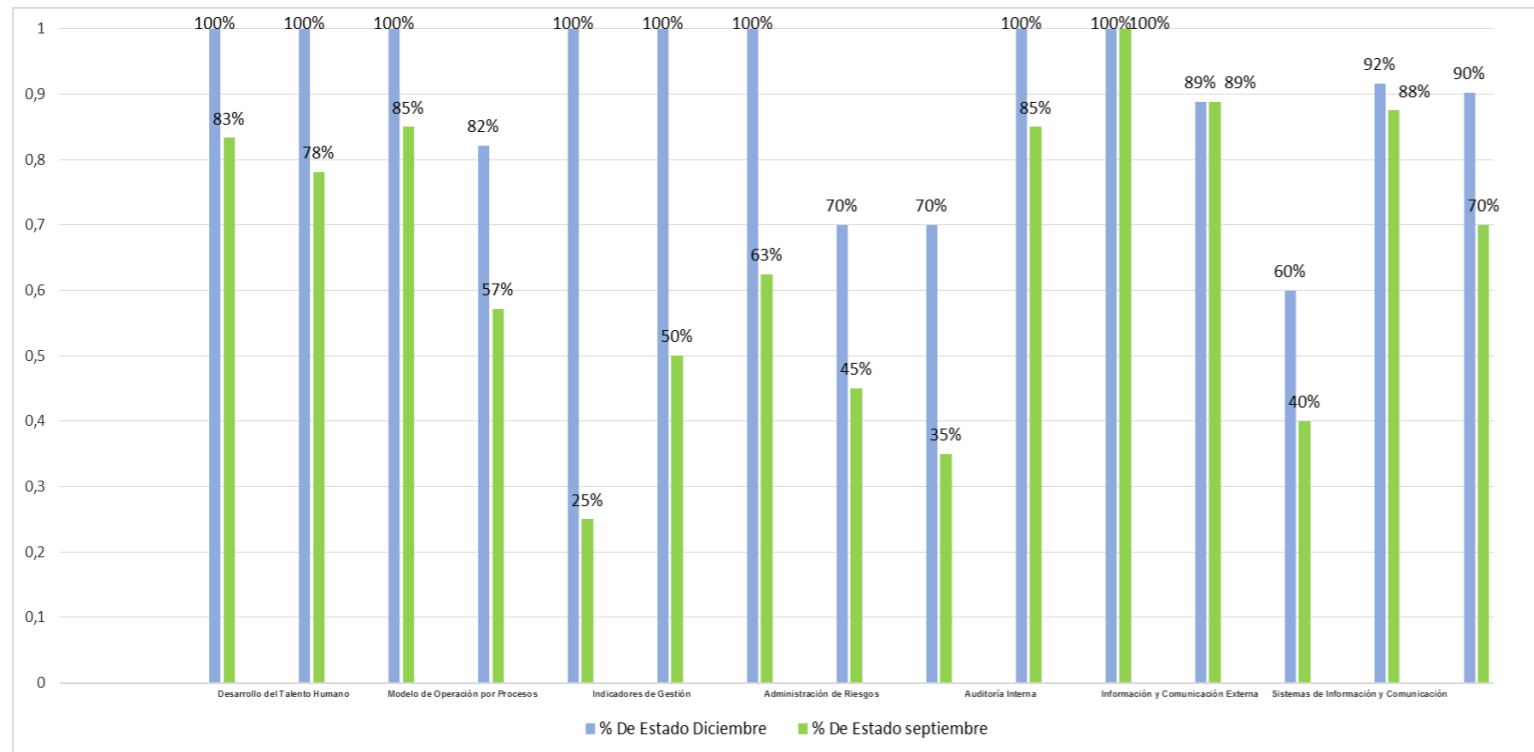


Consolidado Calificación Cuantitativa MECI a Diciembre 2014

Elemento de control	% De Estado Diciembre 2014	% De Estado septiembre 2014
Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos.	100%	83%
Desarrollo del Talento Humano	100%	78%
Planes, Programas y Proyectos	100%	85%
Modelo de Operación por Procesos	82%	57%
Estructura Organizacional	100%	25%
Indicadores de Gestión	100%	50%
Políticas de Operación	100%	63%
Administración de Riesgos	70%	45%
Autoevaluación Institucional	70%	35%
Auditoría Interna	100%	85%
Plan de Mejoramiento	100%	100%
Información y Comunicación Externa	89%	89%
Información y Comunicación Interna	60%	40%
Sistemas de Información y Comunicación	92%	88%
Calificación Global	90%	70%










Grafica avances MECI Septiembre – Diciembre 2014





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

-  La implementación del sistema de gestión de calidad en el CEHANI ha sido eficaz para dar respuesta a los criterios definidos en el Modelo Estándar de Control Interno, todo ello a través de la articulación y armonización de sus criterios y requisitos en el diseño y puesta en marcha de los procesos.
-  Es primordial que los líderes de procesos apropien las herramientas de control definidos en la institución con enfoque al autocontrol y la rendición de cuentas del desempeño de los procesos para fortalecer los procesos de mejoramiento continuo.
-  Es de suma importancia desarrollar escenarios, actividades, de socialización de la estructura documental a los equipos internos de trabajo así como a todos los procesos de la institución.
-  La presentación de los resultados con base en hechos y datos del desempeño de los procesos con respecto a las variables de control definidas en las matrices de aseguramiento garantizaran la eficacia, eficiencia en los procesos.
-  La actualización, socialización e implementación de las acciones de control definidas en los mapas de riesgos debe ser una constante para los líderes de los procesos.
-  El seguimiento por parte de la alta dirección a los criterios con más baja calificación incentivara a que los procesos relacionados con dichos criterios establezcan dentro de sus planes operativos acciones que eleven el cumplimiento del MECI.
-  Fortalecer la ejecución de las auditorías internas como herramienta dinamizadora de la mejora de procesos en todos los niveles.



Realizar seguimiento a las actividades pendientes por ejecutar para el año 2015, y realizar acciones de mejora a través del proceso de mejoramiento continuo para las actividades con incumplimiento.

EVALUACIÓN PRESENTADA POR EL AREA DE CALIDAD

JORGE ADRIAN GALLEGO REVELO

Asesor Externo SGC

SANDRA MILENA SANTARCUZ ACOSTA

Asesora Interna SGC