

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	OLGA PATRICIA CASTILLO RANGEL	Período evaluado: 01 DE MAYO DE 2012 A 31 DE AGOSTO DE 2012
		Fecha de elaboración: SEPTIEMBRE 05 DE 2012

SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATÉGICO

Dificultades

Se aplicaron las encuestas de clima laboral, hace falta actividades de sensibilización para poder evaluar el clima en el año 2013.

Falta incorporar el panorama de riesgos de salud ocupacional al mapa de riesgos institucional.

Persisten falencias en la retroalimentación de los procesos misionales en el suministro de la información para la entrada de los procesos financieros y de direccionamiento.

Avances

Existe mayor participación de los servidores públicos en las actividades de desarrollo del talento humano.

Se revisaron y aprobaron los mapas de riesgos de los procesos

Se reviso y se encontró acorde la Política de administración de riesgos

La Política de Administración de Riesgos, fue adoptada y reglamentada con la Resolución No. 577 de 2008, la cual deberán seguir todos y cada uno de los servidores Públicos de la entidad.

Los procedimientos No. 140-P-05 de Administración del Riesgos y 120-P-03 Acciones Correctivas y Preventivas diseñadas por la entidad, tienen como objetivo Generar y desarrollar planes de prevención de ocurrencia de eventos negativos que impidan el logro de los objetivos y por ende el cumplimiento de los fines del estado.

El Procedimiento Administración de Riesgos 140-P-05 permite a la entidad evaluar eventos negativos tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de los objetivos e identificar eventos positivos que generen oportunidades de mejora. El Procedimiento describe la metodología de la cartilla guía de Administración de Riesgos emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP, identificándolos, analizándolos, y valorándolos por parte de los dueños de Proceso.

La revisión de la Política de Administración de Riesgos, se realiza cada año, resaltando la importancia de la misma así como su conformidad establecida a través del artículo 4 del decreto 1537 de 2001 que establece que todas las entidades de la Administración Pública deben contar con una política de Administración del riesgo tendiente a darle un manejo adecuado a los riesgos, con el fin de lograr de la manera más eficiente el cumplimiento de sus objetivos y estar preparados para enfrentar cualquier contingencia que se pueda presentar.

El Modelo Estándar de Control Interno MEC:1000: 2005, contempla como un componente del Subsistema de Control Estratégico, la administración del riesgo, contribuyendo a que la entidad garantice no solo la gestión institucional sino que fortalezca el ejercicio del autocontrol y del control interno en las entidades de la Administración Pública.

La Alta Dirección debe, de acuerdo con lo establecido en la política de Administración del riesgo emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, designar al Representante de la Alta Dirección y al Equipo MECI para apoyar a los responsables de los procesos y a los demás servidores de la entidad, quienes son en última instancia los encargados de identificar y elaborar el mapa de riesgos.

La Alta Dirección debe, de acuerdo con lo establecido en la política de Administración del riesgo emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, designar al Representante de la Alta Dirección y al Equipo MECI para apoyar a los responsables de los procesos y a los demás servidores de la entidad, quienes son en última instancia los encargados de identificar y elaborar el mapa de riesgos.

EMSERFUSA ESP se encuentra en estado **ADMINISTRADO** lo que significa que el proceso de administración del riesgo está desarrollado y comunicado. El objetivo que busca la política de Administración de Riesgos en EMSERFUSA ESP, es proteger a la Organización de las situaciones indeseables que impidan el cabal cumplimiento de su misión u objetivos institucionales por ello se considera indispensable la participación de cada uno de los servidores públicos o contratistas de la **EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE FUSAGASUGA EMSERFUSA E.S.P**, observar la Administración de Riesgos previo el conocimiento de las siguientes directrices:

1. Los riesgos deben preverse antes de la ejecución de las acciones y son inherentes al ejercicio de planeación.
2. Los riesgos se manejarán y administrarán por proceso.
3. En el manejo de los riesgos, deben prevalecer las acciones preventivas antes que las correctivas.
4. En la identificación de los riesgos hay que identificar el impacto social.
5. Para la implementación de una acción o mecanismo de control para prevenir o mitigar un riesgo debe analizarse la relación costo-beneficio, de tal manera que no sea más costoso el mecanismo de control que el costo del impacto del siniestro.
5. Para la implementación de una acción o mecanismo de control para prevenir o mitigar un riesgo debe analizarse la relación costo-beneficio, de tal manera que no sea más costoso el mecanismo de control que el costo del impacto del siniestro.
6. La Administración de Riesgos debe estar implícita en el Sistema de Control Interno MECI 100:2005, como en el sistema de Gestión de calidad NTCG 1000:2009.
7. En la fase de diagnóstico de los Planes de Acción por Oficinas o Divisiones debe realizarse un análisis de riesgos de cada uno de los procesos y asuntos que maneja cada una de las Áreas y hacerlos visibles en dichos planes.
8. El manejo adecuado de la Administración de Riesgos de cada una de Oficinas o Divisiones de la Empresa será responsabilidad de cada uno de los Jefes de las mismas.
9. Los mecanismos de Control Interno, deben estar orientados a eliminar o mitigar los riesgos y estos deben estar intrínsecos en los procedimientos conforme lo establece la Ley 87 de 1993, y estos mecanismos deben revisarse y evaluarse en cada ciclo de mejora del Sistema de Control Interno MECI 1000:2005 y del Sistema de Gestión de la calidad NTCGP:2009.
10. En la fase de diagnóstico de la formulación del Plan Estratégico, se deben identificar los riesgos que afecten el cumplimiento de los objetivos institucionales, y las acciones que se proyecten deben estar orientadas a eliminarlos, mitigarlos o prevenirlos.

Respecto a la METODOLOGIA PARA LA ADMINISTRACION DE RIESGOS en el artículo 4 de la Resolución 577 del 02 Diciembre DE 2008 se consigna que para administrar los riesgos de la EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE FUSAGASUGA EMSERFUSA E.S.P, se adopta la siguiente metodología, la cual forma parte integral de la presente Resolución que incluye las siguientes etapas:

1. Etapa Uno. Contexto Estratégico.
2. Etapa Dos. Identificación de los Riesgos.
3. Etapa Tres. Análisis del Riesgo.
4. Etapa Cuatro. Valoración del riesgo.
5. Etapa Cinco. Políticas de Administración de Riesgo.
6. Etapa Seis. Monitoreo a los Mapas de Riesgos.

Anualmente la entidad evalúa y monitorea los Mapas de Riesgos encontrando que la Política de Administración de Riesgos es acorde a lo normativo y a las necesidades de la entidad.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTIÓN

Dificultades

Con corte 31 de agosto de 2012, la entidad no cuenta con acciones preventivas, lo que no permite evidenciar la mejora en los procesos.
Continúa la falencia de indicadores de eficiencia y efectividad.
Persiste el incumplimiento en la realización de los comités como puntos de control de la gestión.

Avances

Se han revisado y modificado procedimientos que han permitido evolución en las actividades del proceso misional comercial.
Se cuenta con 47 acciones correctivas en los 11 procesos de la entidad.
Se han revisado y actualizado los manuales de PQR, cartera y Contratación
Se promovieron campañas al interior de la entidad para envío de archivo de gestión a archivo central y cumplimiento de TRD
La entidad inicio investigaciones de mercado y benchmarking a través del Profesional de mercados en el área comercial
Se inicio el fortalecimiento de las campañas institucionales de medio ambiente a través de la Comunicadora social adscrita a la Gerencia.

SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACIÓN

Dificultades

En el primer semestre de 2012, no se ha reunido el grupo operativo MECA
Falta mayor divulgación en autoevaluación se hace únicamente a través de auditorias de Gestión.
Existe incumplimiento en la entrega de los avances de los planes de acción trimestral para la realización de la autoevaluación en la gestión en los tiempos establecidos.
Falta mayor compromiso en la realización de las auditorias de calidad
Falta formación continua en los auditores para la detección de los hallazgos
Faltan auditores certificados en ISO9001.
Falta cumplimiento en los planes de mejoramiento por proceso
Falta promover los planes de mejoramiento individual y que no se den únicamente a través de los resultados de las evaluaciones de desempeño o acuerdos de gestión que no cumplan con la calificación del 67%.

Avances

Se realizaron las evaluaciones de desempeño y acuerdos de gestión para el primer semestre de 2012.
Las auditorias se han cumplido en los indicadores establecidos.
Los Planes de mejoramiento institucionales han sido evaluados por la Contraloría de Cundinamarca y calificados con el 100% de cumplimiento durante las últimas 2 y el actual ya fue aprobado.
El Programa anual de Auditorias de Gestión 2012: Se aprobó en Comité de Coordinación de Control Interno del 24 de febrero de 2012. Con corte a agosto de 2012 se realizaron las auditorias de gestión y calidad a los procesos, Direccionamiento, acueducto y plantas de tratamiento, alcantarillado, aseo, Administrativa y Financiera.
ASPECTOS POR MEJORAR DE LOS PROCESOS

Acción correctiva no. 1 de 2012: El seguimiento a los planes de acción no es eficiente puesto que no están cuantificados lo que no permite evaluarlos cuantitativamente. Algunos procesos no reportan los planes de acción a tiempo lo que no permite el seguimiento efectivo de los indicadores.

Acción correctiva no. 2 de 2012: La imagen institucional para el año 2010 fue positiva en un 63%. No se encontró lo referente al año 2011.

Acción correctiva no. 3 de 2012: Los controles del SGI están determinados en los comités y estos reportaron una eficiencia en el 2011 del 61%.

Acción correctiva no. 4 de 2012: La matriz de indicadores esta actualizada. Sin embargo los dueños de proceso al reportar los planes de acción no cuantifican los indicadores lo que no permite realizar un seguimiento efectivo.

Acción correctiva no. 5 de 2012: No se encontraron los registros del proceso de Promoción y Divulgación ni cronograma de medios de comunicación 2012.

Acción correctiva no. 6 de 2012: No se encontró reporte del producto no conforme por parte de los procesos de alcantarillado y aseo durante el 2011.

Acción correctiva no. 7 de 2012 : Realizo seguimiento a los planes de mejora por proceso, sin embargo de los 4 planes solo uno cumplió. 2 no cumplieron y 1 no lo realizo

PROCESO DE ASEO:

ANALISIS DE INFORMACION Y PRESENTACION DE INFORMES relacionados en el numeral 2.4.11 del Manual 700-MA-01 (ACCION CORRECTIVA No. 22)

Indicadores de Calidad

Formato 700-F-05. Se evaluarán el estado de las metas propuestas y de no alcanzarse las mismas se determinarán la causa o causas del incumplimiento y se proyectarán las actividades a desarrollar para alcanzar las metas. En el comité Directivo se expondrán los resultados obtenidos en el mes.

Cargue Información SUI:

Enviar la información la información al funcionario Leonardo Ávila quien es el encargado del reporte de información.

Grupos Primarios Se debe Llevar actas de las reuniones de grupo primario con las respectivas firmas del moderador y el jefe de la División de Aseo.

Reuniones Mensuales

De forma mensual, el Jefe de la División de Aseo y el Supervisor se reúnen para analizar los resultados de los indicadores y las causas de las no conformidades, tomar las medidas necesarias para mejorar la prestación del servicio, contribuir a la calidad de vida de los funcionarios, revisar las tareas pendientes y mejorar el ambiente de trabajo.

MANTENIMIENTO VEHICULOS

Verificados los vehículos compactadores, y pese a que estos han sido objeto de arreglos en el taller, se detecto que aun persisten goteos de líquidos en las cajas compactadoras de los vehículos. (ACCION CORRECTIVA No. 23)

Revisado el Cronograma Mantenimiento Anual Cajas Compactadoras 700-F-15, se evidencio que no se cumplió al igual que el mantenimiento preventivo semanal de cajas compactadoras 700-I-02 . Como consecuencia no se encontraron los registros 700-F-14

Actividades de mantenimiento preventivo cajas compactadoras lo que genera incumplimiento a lo establecido en el manual de prestación de servicios de aseo 700-MA-01. Lo anterior genera mayores costos de mantenimiento y un alto riesgo de incumplimiento a la establecido en

HORARIOS DE TRABAJO :

El seguimiento a l cumplimiento de los horarios debe ser continuo teniendo en cuenta que persisten las novedades en la marcación de las tarjetas. Por tanto debe existir trabajo coordinado con el jefe de la División de Aseo y la Profesional Universitaria de Gestión Humana. El personal operario de recolección, conductores y operarios de barrido y

limpieza no timbran tarjeta. De 26 de tarjetas de marcación creadas para el mes de mayo de 2012, el 6% del personal llega tarde y el 56% no timbra tarjeta hecho que debe ser analizado por el Jefe de la División y Profesional Universitario en Gestión Humana. Para el personal operativo que no timbra tarjeta por horario, debe establecerse un registro que muestre la conformidad de la presentación a laboral (ACCION CORRECTIVA No. 24)

No se encontró en ninguno de los vehículos de Aseo, el EQUIPO DE CARRETERA del cual ya había sido objeto de acción correctiva No. 37 y 67 de 2011; preventiva No. 1 de 2011 y nuevamente acción correctiva No. 16 del 23 de abril de 2012. Por lo anterior se llama la atención para su cumplimiento inmediato. (ACCION CORRECTIVA No. 25)

Cumplimiento a Lista de chequeo para vehículos, lista de chequeo para motocicletas. Con memorando de Gerencia 100-M-12 de Junio 26 de 2012, se estableció el registro diario de los formatos relacionados. A la fecha de la auditoria y pese a haber sido socializado en grupos primarios y entregado a cada responsable no se cumple con esta directriz.

No ha sido acatada por todos los conductores de moto del servicio de aseo, la circular de ingresar las motos apagadas lo que genera contaminación al interior de la sede (ACCION CORRECTIVA No. 26)

PROCESO FINANCIERO

ACCION CORRECTIVA No. 44 : INSTRUCTIVO DE CIERRE

- Socializar y sensibilizar a los dueños de los procesos que producen hechos contables (División Comercial, Plantas de Tratamiento y Acueducto, Oficina Jurídica, y División Administrativa) en el Instructivo de cierre contable con el fin que aporten al cumplimiento de las directrices procedimentales.
- Realizar los cierres contables acorde a lo descrito en el Instructivo de cierre y generar las observaciones en cada periodo.
- Llevar registro y control de las conciliaciones entre dependencias que permitan establecer acciones de mejora en las mismas

ACCION CORRECTIVA No 45: CAJA MENOR: Socializar por parte del dueño de proceso financiero la resolución de constitución de la Caja menor No.005 del 02 enero de 2012, a los funcionarios de la entidad con el fin de evitar superar los montos allí establecidos.

- Realizar seguimiento permanente a los indicadores financieros del proceso e informar mensualmente a la gerencia y a los procesos misionales el resultado a fin de lograr retroalimentación del costeo por actividad.
- Generar mayor interacción entre los procesos y los proyectos adelantados por el área financiera: costos ABD, NIIF e indicador de Riesgo Financiero a fin de generar conocimiento básico en los mismos y sus avances.
- Se Insta al dueño de proceso para que establezca mayor control y seguimiento en el ingreso del personal de la División y estandarizar si se requiere la marcación de la tarjeta ya que se encontró que hay oscilación en la marcación de las mismas.
- Realizar Comité de sostenibilidad contable dando aplicación a las actividades descritas en el Instructivo de cierre.

ACCION CORRECTIVA No. 47. Envío del plan de acción segundo trimestre 2012 y semestral con análisis de Indicadores.

Se entrega Metodología para la solución de problemas y se solicita al proceso informar por escrito la metodología utilizada en el análisis de cada acción correctiva.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno de la EMPRESA DE SERVICIOS PUBLICOS DE FUSAGASUGA EMSERFUSA E.S.P, cuenta con un cumplimiento en Implementación a Junio 2010 del 100% y un mantenimiento e impacto del 97.52% a Diciembre de 2011.

La entidad cuenta con la doble certificación NTCGP1000:2009 ISO 9001:2008 Certificados numero GP0092 y CO232340 respectivamente hecho relevante teniendo en cuenta que la Norma NTCGP1000:2009 integra el MECI en todos sus numerales.

Los 29 elementos están implementados y son conocidos por la totalidad de los funcionarios lo que permite evidenciar el cumplimiento esperado como resultado al compromiso, participación y dedicación al interior de la entidad desde el 28 de febrero de 2006.

La Administración de Riesgos de EMSERFUSA ESP ha facilitado la consecución de los objetivos institucionales y la realización adecuada de la gestión con transparencia.

Los Procesos cuentan con Mapa de riesgos actualizados adoptados mediante resolución No. 418 del 10 agosto de 2006 como herramienta que busca desde el estado real de la entidad identificar y administrar los riesgos que pueden obstaculizar la buena gestión y logro de los objetivos institucionales a través de las acciones de control establecidas por los dueños de los procesos.

La Política de Administración de Riesgos, adoptada y reglamentada a través de Resolución 577 del 2 de diciembre de 2008, fue revisada en comité de control Interno No. 3 del 28 de junio de 2010 lo que permitió confirmar que esta es acorde a la naturaleza y propósito de la entidad así como revisar cada Mapa de Riesgos por Proceso. Cuenta con riesgos actualizados para cada proceso e institucional 2012 los cuales pueden ser consultados por cualquier funcionario en la oficina de la Representante de la Direccion.

EVIDENCIAS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO MECI

Elemento No. 1 Acuerdos, Compromisos, Protocolos Éticos

La entidad cuenta con:

- ✓ El documento con los principios y valores de la entidad, construido participativamente denominado Código de ética.
- ✓ El Acto Administrativo que adopta el documento con los principios y valores de la Entidad: Resolución No. 771 de 2002 por la cual se adopta el Código de ética de la empresa.
- ✓ Decálogo de valores
- ✓ Carta de Valores

Ha Socializado los principios y valores de la organización a todos los Servidores como se observa en la lista de asistencia, socializaciones código de ética.

Elemento No. 2. Desarrollo Talento Humano

La entidad cuenta con:

- ✓ Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales, Perfiles y Requisitos. 210-MA-01
- ✓ Procedimiento de Inducción y Reinducción. 210-P-02
- ✓ Formato de inducción y reinducción 210-F11
- ✓ Procedimiento Bienestar Social y Estimulo Laboral 210-P-04
- ✓ Plan de Bienestar Social y Estimulo laboral 210-F-17
- ✓ Procedimiento de Evaluación del Desempeño. 210-P-05
- ✓ Acuerdos de Gestión suscritos 210-F-18 y evaluados
- ✓ Formato evaluación de desempeño 210- F -19.

EVIDENCIAS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO MECI

Elemento No. 3 Estilo de la Dirección

La entidad cuenta con:

Evidencias que soportan el compromiso de la alta dirección con la aplicación de las herramientas y políticas que facilitan la implementación del MECI y el Sistema de Gestión de Calidad a través de:

- ✓ Acuerdos de Gestión 210-F-18
- ✓ Actas de Comité de Control Interno
- ✓ Actas de Comité de la Alta Dirección
- ✓ Comités de Gerencia
- ✓ Comité Administrativo
- ✓ Comité Técnico
- ✓ Comité de Cartera
- ✓ Actas de Junta Directiva

Elemento No. 4 Planes y Programas

La entidad cuenta con:

- ✓ Documento diagnóstico estratégico Procedimiento para planificación de los procesos del sistema de gestión integrado SGI 140- P -01
- ✓ Matriz DOFA de cada proceso 140- F -01
- ✓ La misión y visión institucionales adoptados y divulgados
- ✓ Política de calidad
- ✓ Objetivos institucionales, objetivo de calidad
- ✓ Acciones, cronogramas, responsabilidades y metas Plan Cuatrienal
- ✓ Definición de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad, que permiten medir y evaluar el avance en la ejecución de los planes, programas, Plan de acción por Proceso 140-F-02.
- ✓ Informe de Gestión
- ✓ Caracterización de Procesos
- ✓ Ficha de indicadores 140- F - 03
- ✓ Proceso de seguimiento y evaluación que incluya la evaluación de la satisfacción del cliente y partes interesadas a través del Reporte de desempeño de Procesos 140- F - 17.
- ✓ Caracterización del proceso de evaluación, seguimiento y mejora 120-CA-01
- ✓ Manual de Procedimiento para la oficina de Peticiones, Quejas y Recurso adscrito a la División Comercial de la Empresa de servicios público de Fusagasugá EMSERFUSA E.S.P. 400- MA-01.
- ✓ Encuesta de satisfacción 400-F-18
- ✓ Control de respuestas a las peticiones, quejas y recursos 410-F-01
- ✓ Registro de atención al cliente 400-F-19
- ✓ Mapa de procesos de la entidad.

Elemento No. 5 Modelo de Operación por Procesos

- ✓ Mapa de Procesos
- ✓ Manual de Calidad
- ✓ Manual de Procedimientos

EVIDENCIAS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO MECI
Elemento No. 6 Estructura Organizacional
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estructura organizacional de la entidad que facilita la gestión por procesos Resolución No. 009 de 200 (agosto 12 de 2009) “Por medio de la cual se organiza la estructura orgánica de la Empresa de Servicios Públicos de Fusagasugá de acuerdo a lo dispuesto en el decreto ley 785 de 2005” ✓ Planilla de recibido del manual de funciones y estructura orgánica a la totalidad de los funcionarios.
Elemento No. 7 Contexto Estratégico
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definición de metodología e instrumentos para adelantar el proceso de administración del riesgo adoptados por la alta dirección con el Procedimiento de Administración del Riesgo 140-P-05 ✓ Identificación de los factores internos y externos del riesgo 140-F-11
Elemento No. 8 Identificación de Riesgos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificación de riesgos 140-F12
Elemento No. 9 Análisis de Riesgos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Análisis de la probabilidad de ocurrencia de los riesgos Calificación y evaluación de riesgos 140-F-13 ✓ Análisis del impacto de las consecuencia de los riesgos Análisis de Controles Existentes 140- F – 16 ✓ Evaluación del riesgo frente a los procesos Calificación y evaluación del riesgo 140- F - 13
Elemento No. 10 Valoración de Riesgos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mapa de Riesgos 140-F-14 ✓ Definición de acciones de control necesarias Controles Óptimos para Administrar el riesgo 140-F-15 ✓ Análisis de Controles Existentes 140- F – 16
Elemento No. 11 Políticas de Administración de Riesgos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definición por parte de la alta dirección de las políticas para el manejo de los riesgos a través de Resolución No. 557 de 2009 (02 de diciembre) por la cual se adopta y reglamenta la política de Administración del Riesgo. ✓ Divulgación del mapa de riesgos institucional y sus políticas como se observa en la lista de asistencia y socialización a través de talleres.
Elemento No. 12 Políticas de Operación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Política De Calidad Adoptada Y Difundida ✓ Divulgación de las políticas de operación
Elemento No. 13 Procedimientos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procedimientos a través de los cuales se desarrollan los procesos: Manual de procesos y Procedimientos 210-MA-02 ✓ Procedimiento para planificación de los procesos del Sistema de Gestión Integrado SGI 140-P-02. ✓ Divulgación de los procedimientos
Elemento No. 14 Controles
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Controles correctivos y preventivos definidos para cada proceso o actividad. ✓ Procedimiento de Acciones Preventivas y Correctivas 120- P 03 ✓ Controles Óptimos para Administrar el riesgo 1410-F-15 ✓ Formato de acciones correctivas y preventivas

EVIDENCIAS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO MECI
Elemento No. 15 Indicadores
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indicadores definidos por proceso para medir la eficiencia, eficacia y efectividad del avance y cumplimiento en la ejecución de los planes y programas ✓ Ficha de Indicadores 140-F03 ✓ Reporte de Desempeño de procesos 140-F-17
Elemento No. 16 Manual de Procedimientos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manual de operaciones adoptado y divulgado 210-MA-02
Elemento No. 17 Información Primaria
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mecanismos para la recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos, por parte de la ciudadanía ✓ Comentarios y Sugerencias 400-F-17 ✓ Encuesta de Satisfacción 400F18 ✓ Registro de atención al cliente 400-F- 19 ✓ Control Respuestas de Peticiones, Quejas y Recursos 400- F-01 ✓ Mecanismos para la obtención de información requerida para la gestión de la entidad. ✓ Procedimiento para planificación de los procesos del Sistema de Gestión Integrado SGI 140- P -01 ✓ Plan de Desarrollo Plan De Gobierno Cuatrienal
Elemento No. 18 Información Secundaria
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mecanismos para recibir sugerencias o recomendaciones por parte de los Servidores. ✓ Encuesta de necesidades para formular el plan de bienestar social y estímulo laboral 210-F-16 ✓ Fuentes internas de información sistematizada y de fácil acceso. ✓ Manual de archivo y correspondencia de la Empresa de Servicios Públicos de Fusagasugá 200-MA-01 ✓ Tablas de Retención Documental
Elemento No. 19 Sistemas de Información
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manejo organizado o sistematizado de la correspondencia Sistema De Administración de Documentos Sysman ✓ Manejo organizado o sistematizado de recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos ✓ Modulo de Servicios Públicos - Almacén Nomina
Elemento No. 20 Comunicación Organizacional
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medios de comunicación entre la entidad, cliente, grupos de interés y organismos de control. ✓ Boletín de Prensa 150-F-03 ✓ Registro de asistencia divulgación de información 150-F11 ✓ Procedimiento de Comunicación Interna 140-P-01, ✓ Procedimiento de Comunicación Externa 140-P-02 ✓ Solicitud de divulgación de información 150-F- 01.
Elemento No. 21 Comunicación Informativa
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Difusión de la información sobre el funcionamiento gestión y resultados hacia los diferentes grupos de interés ✓ Procedimiento de Comunicación Interna 140-P-01, ✓ Procedimiento de Comunicación Externa 140-P02, ✓ Solicitud de divulgación de información 150-F-01, ✓ Cronograma de medios de comunicación 150-F-02, ✓ Boletín de Prensa 150-F-03, ✓ Registro de asistencia divulgación de información 150-F-11

Elemento No. 22 Medios de Comunicación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad publicación a través de medios electrónicos (Pagina Web), de leyes, decretos, actos administrativos o documentos de interés público (Ley 962 de 05). ✓ Procedimiento de Comunicación Externa 140- P -02
Elemento No. 23 Autoevaluación de Control
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de de la autoevaluación ✓ Cronograma de Sensibilización de Autocontrol 120-F-11 ✓ Herramientas de autoevaluación de control definidos Autoevaluación del Sistema de Control Interno 120-F-16 ✓ Cronograma de informes a entes de control 120-F-12 ✓ Seguimiento a Comités 120-F-19
Elemento No. 24 Autoevaluación de Gestión
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Herramientas de autoevaluación de gestión definidos a través de Evaluación de gestión por dependencias 120-F-21 ✓ Autoevaluación del Sistema de Control Interno120-F-11 ✓ Actividades de sensibilización a los servidores sobre la cultura de de la autoevaluación a través de Cronograma de Sensibilización de Autocontrol 120-F11 ✓ Actividades de sensibilización a los servidores sobre a cultura de la autoevaluación ✓ Cronograma de Sensibilización de Autocontrol 120-F-11 Grupos Primarios
Elemento No. 25 Evaluación Independiente al SCI
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Informe ejecutivo anual de de Control Interno ✓ Informe de avance del Sistema de Control Interno 120- F-22 ✓ Resultados de la Evaluación del Control Interno Contable, ✓ Procedimiento de Evaluación Independiente 120-P-02
Elemento No. 26 Auditoría Interna
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Procedimiento de auditoría interna y Externa 120-P-01 ✓ Programa Anual de Auditoria de Calidad 120-F-01. ✓ Programa Anual de Auditoría de Gestión 120- F-02
Elemento No. 27 Plan de Mejoramiento Institucional
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Herramientas de evaluación definidas para la elaboración del plan de mejoramiento institucional Plan de Mejoramiento 140-F-28 ✓ Avance al Plan de Mejoramiento 140-F 19
EVIDENCIAS DEL CUMPLIMIENTO DE LOS ELEMENTOS DEL MODELO MECI
Elemento No. 28 Plan de Mejoramiento por Procesos
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Herramientas de evaluación definidas para la elaboración del plan de mejoramiento por procesos 140-F-28. ✓ Avance al Plan de Mejoramiento 140-F-29
Elemento No. 29 Plan de Mejoramiento Individual
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Herramientas de evaluación definidas para la elaboración del plan de mejoramiento individual ✓ Plan de Mejoramiento individual (jefe inmediato - servidor), 210-F- 23, ✓ Seguimiento y verificación del cumplimiento de las acciones de mejora (jefe inmediato 210- F-24)

RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

- ✓ Realizar seguimiento a la efectividad de los controles de los riesgos identificados y crear nuevos controles en caso de ser necesario.
- ✓ Revisión por parte de la alta dirección de la entidad de los lineamientos con respecto al tratamiento de los riesgos.
- ✓ Revisión más profunda de los controles realizando modificaciones a los mismos.
- ✓ Revisar la pertinencia de los indicadores para evaluar la gestión de los procesos y medición del cumplimiento de los factores críticos de los procesos.
- ✓ Garantizar que la información reportada por los indicadores facilite la toma de decisiones y genere acciones tanto preventivas como correctivas
- ✓ Validar que los mecanismos establecidos para la administración de la información recibida a través de las peticiones, quejas o reclamos, por parte de la ciudadanía, han sido efectivos para su análisis posterior.
- ✓ Verificar que las estadísticas de PQR se utilicen como insumo para el reporte de indicadores o controles requeridos por la entidad.
- ✓ Revisar que la información recibida de la ciudadanía y partes interesadas ha servido para determinar el grado de cumplimiento institucional y que se utiliza para determinar acciones preventivas, correctivas y de mejora.
- ✓ Realizar revisión de la contribución de Las Tablas de Retención Documental (T.R.D.) a la mejora en el desarrollo de los procesos. (Ley 594 de 2000)
- ✓ Verificar que la retroalimentación del cliente interno contribuya a la mejora de los procesos.
- ✓ Verificar que las herramientas o instrumentos tecnológicos utilizados por la entidad para el manejo de la información, incluyen responsables y procedimientos claros de acuerdo con los procesos y garantizan la integridad de la información.
- ✓ Validar que se ha realizado la actualización y mantenimiento a los sistemas de información y que estos contribuyen al mejoramiento en el desarrollo de la gestión de la entidad.
- ✓ Diseñar estrategias de comunicación que contribuyan en el aumento de la participación de los servidores en la gestión institucional.
- ✓ Validar que las estrategias de comunicación aporten al desarrollo de un clima laboral favorable validando que se guarden los respectivos registros (encuestas, actas de reuniones, etc.).
- ✓ Evaluar la rendición de cuenta a la ciudadanía validando que la rendición contribuya a aumentar la participación y reconocimiento por parte de la ciudadanía.
- ✓ Verificar que los resultados de las evaluaciones sirvan de base en la toma de decisiones para la prestación del servicio. 11076-14 DIC/2001
- ✓ Mantener actualizada la información disponible para el ciudadano y partes interesadas.
- ✓ Revisar el área de atención al usuario de tal manera que facilite el acceso a la información generada por la entidad.
- ✓ Continuar con la Publicación en la página web Leyes, Decretos, Actos Administrativos o documentos de interés público, para que sean de fácil acceso a los ciudadanos o partes interesadas. (Ley 962 de 2005) y realizar los enlaces necesarios con el Gobierno en línea.
- ✓ Sensibilizar a los funcionarios y dueños de proceso en la auto evaluación como herramienta de monitoreo al cumplimiento de los objetivos del proceso.
- ✓ Generar planes de mejoramiento con base en los informes de la evaluación de la gestión.
- ✓ Realizar seguimiento programados a los planes de mejoramiento
- ✓ Realizar modificaciones a las acciones planteadas en los planes de mejoramiento en caso de requerirse.
- ✓ Cumplimiento de los planes de mejoramiento como contribución al feneamiento de la cuenta y mejora de la calificación obtenida Seguimiento a los Planes de Mejora por parte de los responsables de los procesos realizando modificaciones a las acciones planteadas en los planes de mejoramiento en caso de requerirse.
- ✓ Realizar plan de mejoramiento por procesos y garantizar que cuente con acciones que responden a las recomendaciones de la oficina de control interno.
- ✓ Evidenciar el mejoramiento de la gestión, producto del plan de mejoramiento por proceso
- ✓ Realizar seguimiento programados a los planes de mejoramiento de los funcionarios a su cargo por parte de los Jefes de Oficina o División
- ✓ Verificar por parte de los jefes de Oficina o División que las acciones contempladas en los planes de mejoramiento son las pertinentes para minimizar o eliminar las desviaciones encontradas.
- ✓ Realizar ajustes a los planes de mejoramiento individual

PARA EL MANTENIMIENTO DEL SISTEMA

- ✓ Continuar con actividades tendientes a la interiorización y/o mantenimiento de los principios y valores a todo el personal de la entidad
- ✓ Continuar en la entrega de código de ética a los nuevos funcionarios en los procesos de inducción.
- ✓ Continuar con actividades tendientes a disminuir el número de investigaciones disciplinarias.
- ✓ Continuar con el informe consolidado del proceso de inducción de la vigencia
- ✓ Continuar con el cumplimiento del plan de capacitación
- ✓ Continuar con un estilo de Dirección que facilitado el ejercicio del control
- ✓ Mantener actualizado el Mapa de Riesgos por procesos
- ✓ Continuar con la revisión permanente del documento soporte de contexto estratégico para determinar nuevos factores de riesgo
- ✓ Que los dueños de proceso continúen con la revisen periódica de los riesgos identificados, para detectar nuevos riesgos valorarlos y realizando los cambios en cuanto a probabilidad e impacto de los riesgos identificados y reclasificándolo después de su análisis
- ✓ Continuar con la verificación del cumplimiento de las políticas de administración del riesgo
- ✓ Continuar con la revisión de los controles
- ✓ Mantener actualizado los manuales.
- ✓ Continuar con el monitoreo de la implementación del MECI que contribuya al mejoramiento de la gestión institucional con relación a la vigencia anterior.

- ✓ Continuar con las mediciones al Sistema de Control Interno con las herramientas adoptadas para tal fin.
- ✓ Continuar con las encuestas de auto evaluación del control aplicadas a los servidores que evidencien el fortalecimiento de la cultura del control.
- ✓ Continuar con la toma de decisiones basada en la evaluación de gestión realizada.
- ✓ Continuar con la verificación de la efectividad de las acciones preventivas, correctivas y/o de mejora
- ✓ Continuar con las actividades para fortalecer el MECI y el Sistema de Gestión de la Calidad
- ✓ Mantener actualizado el Normograma identificando las competencias responsabilidades, cometidos o funciones asignadas a la entidad, por la Constitución Política y las normas con fuerza de ley así como por los decretos ordinarios o reglamentarios
- ✓ Continuar con el desarrollo del sistema, lograr el 100% del cumplimiento y posterior estrategia de Mantenimiento del mismo.
- ✓ Continuar con la evaluación independiente evidenciando la aplicación del MECI por parte de los servidores en el desarrollo del Sistema de Control Interno como herramienta de toma de decisiones y diseño de estrategias para la mejora. Continuar con las auditorías internas que sirvan de base en la toma de decisiones
- ✓ Continuar con el cumplimiento al programa de auditoría y Planes de mejoramiento con base en los informes de la auditoría de gestión que aporten a la mejora.
- ✓ Las estrategias que se realizaron para alcanzar el cumplimiento del 100% están consignadas en el registro 120-F-20 estrategias MECI EMSERFUSA ESP.
- ✓ Implementación y puesta en marcha de la Audiencia Publica
- ✓ Monitorear las estrategias MECI 2011, Registro 120-F-20.

OLGA PATRICIA CASTILLO RANGEL
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO
EMSERFUSA E.S.P.