

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:

JAIIME LUIS LACOUTURE PENALOZA

Periodo evaluado: 01 de Diciembre/11 a 31 de
Marzo/12

Fecha de elaboración: Abril 17 de 2012

Subsistema de Control Estratégico

Dificultades

- Se han realizado cambios en los indicadores, sin embargo se ha presentado que algunos procesos tienen dificultad en formularlos lo cual conlleva a que los mismos no arrojen resultados favorables a los procesos, no obstante se evidencia que los procesos han cumplido con sus objetivos.
- En cuanto a los riesgos se presenta el mayor número de riesgos en los procesos de atención al Usuario y Gestión Documental, para lo cual las acciones preventivas no les ha sido posible avanzar en mitigar el riesgo.

Avances

ACUERDOS, COMPROMISOS Y PROTOCOLOS ETICOS:

- En aplicación de los Acuerdos vigentes emitidos por la CNSC y los actos administrativos internos, se han cumplido los términos legales establecidos para realizar la evaluación de desempeño laboral de los funcionarios de carrera y reposan en las respectivas historias laborales.
- La entidad a través del Grupo de Trabajo de Talento Humano efectuó actividad denominada FERIA DE LAS COLONIAS en la cual se realiza un refuerzo a cada uno de los valores establecidos en el Código de Valores y Conducta Ética, el cual durante el año 2011 no presentó ninguna actualización.

DESARROLLO DE TALENTO HUMANO:

- De manera trimestral se aplican encuestas de evaluación para medir el impacto y la efectividad de las actividades de capacitación desarrolladas durante el periodo evaluado.
- De acuerdo a las encuestas realizadas por el proceso de Talento Humano sobre el impacto de la capacitación, los funcionarios capacitados y sus jefes inmediatos, consideran que han recibido conocimientos y han desarrollado habilidades necesarias para el cumplimiento de sus funciones, aplicando los conocimientos y habilidades en sus puestos de trabajo; esto según informe presentado por el proceso de Talento Humano.
- Mediante capacitación personalizada a cada evaluador, se socializó la metodología para efectuar la evaluación del desempeño, según los nuevos parámetros impartidos por el DAFP.
- El plan de capacitación para el año 2012 fue formulado con base en el diagnóstico de necesidades de cada proceso, revisado y aprobado por los integrantes de la Comisión de personal, en reunión efectuada en Marzo 30 de 2012.
- El plan de Bienestar y Salud Ocupación fue formulado teniendo en cuenta el diagnóstico de necesidades de los funcionarios del Fondo, el cual se desarrolló durante el año.
- Fue presentada la propuesta del Plan de Formación y Entrenamiento 2012 ante la Comisión de Personal, junto con el cronograma general convocatoria y evaluación de Equipos de Trabajo, se encuentra pendiente de ser aprobado.

ESTILO DE DIRECCION:

- Revisión, aprobación y adopción de documentación del Sistema Integral de Gestión, por parte del Comité Coordinador del Sistema de Control Interno y Calidad.
- Se efectuó un seguimiento a los diferentes compromisos adquiridos por los comités y a la autoevaluación al desempeño de los procesos de la entidad (mediante el sistema de medición a través de indicadores los cuales se monitorean periódicamente al cumplimiento de los objetivos y políticas institucionales).
- Durante el periodo evaluado se efectúa seguimiento y documentación del plan de manejo de riesgos y plan de mejoramiento institucional como producto del control a las políticas de la dirección según se trate de acciones de tipo correctivo o preventivo.
- Se Utilizó la página WEB como un mecanismo ágil para transmitir información al usuario sobre la gestión de la entidad y facilitar el control de la gestión y el control social.

- Constantemente se viene implementando y mejorando el sistema de correspondencia y gestión documental ORFEO, el cual ha servido como instrumento de avance en la calidad en el manejo de toda la documentación que la entidad tiene bajo su responsabilidad, así mismo ha servido como control de todas peticiones de nuestros usuarios.
- Durante el mes de Febrero de 2012, se efectuó la re-certificación en NTCGP 1000:2000 e ISO 9001:2008; la cual fue otorgada por la empresa certificada BUREAU VERITAS.
- La alta Dirección ha demostrado compromiso en la implementación y fortalecimiento del Sistema Integral de Gestión, a través de los diversos mecanismos tales como: La Divulgación de los Códigos de Valores, Conducta Ética y de Buen Gobierno a todos los funcionarios del Fondo.

PLANES Y PROGRAMAS:

- Verificados los resultados de los indicadores de los diferentes planes y procesos, ubica el cumplimiento de las metas en calificación satisfactoria, permitiendo concluir que las expectativas que la entidad tenía contempladas se han venido cumpliendo.
- Se divulgaron constantemente los elementos de Direccionamiento Estratégico: Visión, Misión, Política de Calidad y Compromisos de Calidad.
- Se pudo verificar que dentro de la divulgación de la política de calidad respondió a las expectativas de los usuarios y reflejó el compromiso de la entidad por el mejoramiento continuo y el cumplimiento de los objetivos de calidad.
- Se efectuó seguimiento y evaluación al cumplimiento de los planes: Plan de Desarrollo Administrativo, Plan de Acción, Plan de Mejoramiento Institucional, Plan de Manejo de Riesgos correspondiente al segundo semestre del 2012, en donde se contemplando las acciones, productos, metas, cronogramas y responsables, acordes con el quehacer misional de la entidad.
- De igual manera se cuenta con una serie de indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad para medir y evaluar el grado de avance en la ejecución de todos los planes de la entidad.

MODELO DE OPERACIÓN POR PROCESOS:

- Se establece la interrelación de los procesos que conforman el Modelo de Gestión de la Entidad de acuerdo a las caracterizaciones de cada uno de los procesos, igualmente se actualizaron las caracterizaciones de los procesos quedando pendiente la aprobación de los procesos de Recursos Financieros y Atención al Usuario.
- Se realizó seguimiento a los indicadores propuestos por cada proceso para el II semestre de 2011.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL:

- La estructura organizacional del FPS se establece de manera clara teniendo en cuenta el papel desarrollado por cada uno de los Grupos Internos de Trabajo del Fondo lo cual ha permitido el desarrollo eficiente, eficaz de las políticas, objetivos, planes y programas.

CONTEXTO ESTRATEGICO:

- Se realizó monitoreo al plan de manejo de riesgos por parte de la Oficina de Control Interno e igualmente presento a la Dirección General Informe Ejecutivo de Riesgos con el resultado de dicho monitorio, se encuentra debidamente publicado en la Página web de la entidad, Segundo Semestre de 2011.
- De igual manera con el resultado al seguimiento al plan de manejo de riesgos se ha verificado la efectividad de los controles establecidos para los riesgos existentes, La Oficina de Control Interno se encuentra recomendando la capacitación, socialización y replanteamiento de nuevos riesgos.

Subsistema de Control de Gestión

Dificultades

- A pesar de haberse definido y documentado la Política de Comunicación e Información a nuestros usuarios, se hace necesario continuar avanzando en su socialización, en la medición de su efectividad e impacto.
- De igual manera a pesar de la implementación de un nuevo sistema de información y gestión documental y el montaje de una nueva planta telefónica, no se ha avanzado en la medición de la efectividad e impacto de los cambios implementados en función del servicio que se encuentra prestando a nuestros usuarios.

POLITICAS DE OPERACIÓN:

- Las políticas de operación por procesos se viene aplicando en el desarrollo de la gestión de cada proceso, la cual se midió a través de los indicadores institucionales y el plan de acción por procesos; seguimiento que se efectuada a cada uno de ellos y cuyo resultado hace parte de la calificación del desempeño de los funcionarios de planta de la entidad.
- Se encuentra debidamente actualizado el manual de operación del Sistema Integral de Gestión del FPS MECI-CALIDAD, del cual se divulgaron las políticas de operación por procesos, la publicación de los tramites y formularios oficiales a través de medios tecnológicos o electrónicos, se actualizaron las tablas de retención documental conforme a los lineamientos de la NTCGP 1000:2009.

PROCEDIMIENTOS:

- Los procedimientos a través de los cuales se desarrollan los procesos están debidamente documentados y para su divulgación la entidad cuenta con la herramienta "Sistema Integrado de Procedimientos", dispuesta en la página intranet con acceso permanente para consulta por parte de todos los funcionarios.
- La actualización de los procedimientos es concedido como un proceso dinámico y se ha venido llevando a cabo con los cambios surgidos por la normatividad y la implementación del Sistema Integral de Gestión en alineación con la norma NTGP 1000:2009 que establece como requisito la documentación de procedimientos obligatorios.
- La estructura de los procedimientos garantiza una descripción detallada de las actividades necesarias para la ejecución del hacer de cada proceso. Los procedimientos de la entidad están debidamente articulados a través del vínculo "Interrelación de Procedimientos" del SIP, que permite identificar la secuencia de actividades y responsables para la ejecución de las tareas y funciones asignadas a la entidad. En la actualidad todos los procesos cuentan con procedimientos para su operación y control.
- Se verificaron la aplicación de los puntos de control definidos en los procedimientos como parte de las auditorías practicadas durante el periodo evaluado.

INDICADORES:

- Se cuenta con un procedimiento que define la metodología para la formulación y modificación de indicadores. En cumplimiento de dicho procedimiento, la oficina de Planeación y Sistemas efectuó la revisión de las respectivas hojas de vida de los indicadores para evaluar su pertinencia y posterior incorporación en las matrices de indicadores estratégicos y por proceso los cuales fueron en el mes de Febrero, correspondientes al segundo semestre de 2011.
- A 31 de Diciembre de 2011 se aprobaron 77 hojas de vida de indicadores tanto estratégicos como por proceso; correspondiente a todos los procesos de Gestión en los cuales tenemos Servicios de Salud; Medición y Mejora; Direccionamiento Estratégico y Asistencia Jurídica, Gestión Documental entre otros.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS:

- El manual de procesos y procedimientos se encuentra publicado en la página de intranet y puede ser consultado por todos los funcionarios de la entidad, incluidos los funcionarios de las oficinas de las ciudades fuera de Bogotá, a través de los equipos de cómputo debidamente habilitados, su acceso es libre y no requiere ningún tipo de clave de acceso, permite ubicar dicha información de manera fácil y confiable; de igual manera se puede identificar el número de funcionarios que han consultado el citado contenido.
- Los responsables de los procesos al identificar cambios en los procedimientos proceden a efectuarse su actualización; cambios que pueden ser de orden técnico, administrativo o legal.
- A 31 de Diciembre de 2011 se actualizo el Ajuste y Metodología para evaluar la satisfacción del usuario, elaboración y actualización de TRD los cuales se encuentran aprobados y publicados en el mapa de procedimientos.

INFORMACION:

- Como medios para la recepción de las sugerencias, recomendaciones, peticiones, necesidades, quejas o reclamos de parte de los usuarios, partes interesadas y ciudadanía en general, se dispone de la Oficina de Atención al Usuario en Bogotá.
- La información suministrada por los usuarios se constituye en insumo para la medición del cumplimiento de los

objetivos estratégicos contemplados en el Plan estratégico de la entidad y es presentada como insumo para la Revisión por la Dirección del Sistema Integral de Gestión (MECI-CALIDAD), las acciones de mejoramiento quedan consignadas en las respectivas actas del comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Calidad para su posterior documentación en el plan de mejoramiento o Plan de manejo de riesgos según corresponda.

- De igual manera el medio utilizado para la obtención sobre las necesidades y prioridades en la prestación del servicio y sobre la información requerida para la gestión de la entidad conto con mecanismos como: Veedurias de Salud, Encuestas de Satisfacción del Usuario, Comités de Evaluación (locales, regionales y nacionales) de los servicios de salud, rendición de cuentas a la ciudadanía, Consejo Directivo entre otras.
- Para recibir sugerencias o recomendaciones por parte de los servidores de la Entidad, se contó con los siguientes mecanismos: Comisión de Personal, Comité Paritario de Salud Ocupacional, Diagnostico de necesidades de Capacitación y Bienestar.
- Las fuentes internas de información (manuales, informes, actas, actos administrativos) se encuentran organizadas y custodiadas de acuerdo con lo establecido en las tablas de retención documental y han sido publicadas en la página WEB del FPS o Intranet según corresponda, garantizando fácil acceso a estas, para el desarrollo de los procesos.
- Se utilizaron mecanismos de retroalimentación de la percepción del cliente tales como: Encuesta de Clima Organizacional, Encuesta de Necesidades de Capacitación, Reuniones de trabajo, capacitaciones, encuestas de impacto de capacitaciones y eventos de inducción y re inducción, cuentas de correo electrónico, entre otros.

SISTEMAS DE INFORMACION:

- La entidad cuenta con sistemas de información para el manejo organizado de la correspondencia (programa Orfeo), del archivo de gestión del FPS (Programa Doc-Plus), Sistema Integrado para los inventarios, bienes muebles e inmuebles, activos Fijos, nómina de personal, nómina de pensionados, contabilidad – presupuesto – tesorería (Programa Safix); entre otros.
- Se cuenta con herramientas las cuales garantizan los principios de la seguridad de la información tales como: integridad, disponibilidad, no repudio etc. Adicionalmente semanalmente se efectúan copias de seguridad cada responsable por proceso
- Las responsabilidades del manejo de la información que genera la entidad y de los medios utilizados para su circulación están claramente definidas en procedimientos como: Gestión de flujos de información, publicación y actualización de información en medios electrónicos, creación de usuarios en el sistema, copias de seguridad de usuarios, matriz primaria y secundaria.
- Los sistemas de información permiten el manejo de la comunicación en temas como: Publicación de Audiencia pública de rendición de cuentas, Elaboración y control de documentos internos, actualización y control de Normograma Institucional, Recepción y tramite de quejas y reclamos a través de líneas telefónicas; recepción y tramite de quejas y reclamos presentadas personalmente; Transferencias documentales a archivo central y copias de seguridad de usuarios.

COMUNICACIÓN PUBLICA:

- La plan de comunicación hace parte de la guía de información y comunicación organizacional; las estrategias han contribuido en el aumento de la participación de los servidores de la Entidad tal como se ha evidenciado en las auditorias de evaluación independiente.
- Las evaluaciones de las quejas y reclamos impuestas por parte de los usuarios y la evaluación continua de los servicios, han sido base para tomar decisiones de mejora del servicio prestado.
- La Información de la página web de la entidad se actualiza periódicamente teniendo en cuenta los lineamientos solicitados por los procesos, las directrices para la actualización de la página se encuentra documentados en el procedimiento publicación y actualización de información de medios electrónicos. En la página también se ha dispuesto el LINK normatividad para la consulta de las diferentes normas que rigen la gestión pública.
- La guía de información suministrada por los funcionarios se ha dispuesto que pueda ser personalizada, escrita, via web o telefónicamente.
- Dentro de los canales de información interna se tiene el correo institucional, el aplicativo Rea! Popup y se incentiva igualmente la comunicación amable y efectiva entre cada uno de los funcionarios.

Subsistema de Control de Evaluación

Dificultades

- Se presentó dificultad para desarrollar el segundo ciclo de auditorías al Sistema Integral de Gestión toda vez que al momento de programar dicho ciclo no se contaba con el suficiente número de auditores para desarrollar

este seguimiento, la falta de nueva capacitación para los auditores y la ausencia de Jefe de Control Interno.

Avances

- Se definieron, divulgaron e implementaron herramientas para la autoevaluación de los controles cuyos resultados los muestran los Informes de desempeño de los procesos, informes de auditorías, Informes de auditorías de la Contraloría General de la Republica, Informes de Quejas y Reclamos, producto no conforme e informe de revisión por la Dirección.
- El proceso de seguimiento y evaluación independiente realizo evaluación mensual bimensual, trimestral y anual a la implementación del Sistema Integral de Gestión del FPS MECI-CALIDAD presentando los resultados ante las instancias respectivas a nivel interno y externo como son ante la Presidencia de la Republica y al Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP.
- La entidad procedió a enviar primer reporte de seguimiento del Plan de Mejoramiento de la CGR cuenta 2010 fue elaborado por los responsables de los procesos, revisado y aprobado por el Comité Coordinador del Sistema de Control Interno y el Director General, segundo semestre de 2011 a la Contraloría General de la Republica, por el Sistema de Rendición Electrónica de la Cuenta e Informes –SIRECI-, conforme a lo establecido en los procedimientos y disposiciones legales que para tal efecto se han establecido para tal fin; radicado ante la Contraloría General de la Republica el día Enero 25 de 2012.
- El plan de mejoramiento se ha constituido en la herramienta fundamental para la mejora continua del Sistema Integral de Gestión (MECI-CALIDAD) en la medida que ha permitido identificar las causas de las debilidades en la gestión y ha facilitado la aplicación de los correctivos necesarios y su control.
- El seguimiento del avance a las actividades trazadas en el plan de mejoramiento se realiza por parte del Proceso de Seguimiento y Evaluación Independiente de manera trimestral y semestral.
- La entidad ha unificado el reporte de los planes de mejoramiento, tanto el de la CGR como el institucional, el cual incluye tanto las auditorias de evaluación independiente, auditorias de calidad y la practicas por la Contraloría General de la Republica; dicha unificación busca facilitar la administración de la mejora continua de los procesos.

Estado general del Sistema de Control Interno

- El avance total en la implementación del modelo Estándar de Control Interno paso del 96,16% en el 2011 al 98,62% en el 2011; porcentaje que dentro de los rangos de la implementación corresponde al cumplimiento. La entidad obtuvo la re-certificación del Sistema Integral de Calidad para la Gestión Pública NTCGP 1000:2009 y ISO 9001:2008 Sistema de Gestión de Calidad, por parte de la Firma Boreau Veritas Certification desde marzo de 2011.
- El avance cuantitativo por subsistemas se describe a continuación Subsistema:

SUBSISTEMA	% IMPLEMENTACION	RANGO DE IMPLEMENTACION
Control Estratégico	100%	Cumplimiento
control de Gestión	100%	Cumplimiento
Control de Evaluación	94,29%	Cumplimiento

- Como resultado de las diferentes actividades de autoevaluación por parte de los procesos y de las ejecutadas por seguimiento y evaluación independiente; puede concluirse que el Sistema Integral de Gestión (MECI-CALIDAD) implementado por el FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FCN ha contribuido a generar cambios positivos que han permitido un mejoramiento de los procesos y contribuido a la formación de una cultura de calidad, propiciando cada vez mejores niveles de eficacia, eficiencia y efectividad para el logro de los objetivos institucionales.
- Con la implementación de estas dos herramientas se ha avanzado en el control, el desempeño y capacidad de la entidad para proporcionar servicios que responden a las expectativas de los usuarios y se está dando cumplimiento a los requisitos de las normas NTCGP 1000:2009 y MECI 1000:2005.
- Es satisfactorio resaltar la gestión que el Sistema de Control Interno desarrolló durante el año 2011 sus funciones a mejorar el funcionamiento de la entidad.

Recomendaciones

- Continuar con la socialización de la misión, visión, objetivos y política de calidad, del código de valores y conducta ética a nivel de usuarios y ciudadanía en general; a través de actividades donde participen la totalidad de los funcionarios del FPS
- Fortalecer el seguimiento y evaluación de la satisfacción de los usuarios internos y externos de la Entidad
- Continuar las actividades de formación, encaminadas a fortalecer las competencias de los auditores internos de calidad, en habilidades requeridas para mejorar su desempeño, en temas tales como: preparación de auditorías, redacción de hallazgos, técnicas de auditorías y otros.
- Culminar la actualización de los procedimientos de tal forma que se ajusten en el 100% a los lineamientos del SIG.
- Realizar capacitaciones a los funcionarios de la entidad sobre administración documental.
- Actualización y divulgación del manual de practica contables, estableciendo los controles de los procedimientos del proceso contable
- Divulgación de la política de administración del riesgo, mapa de riesgos, plan de manejo de riesgos e informes de evaluación al sistema de riesgos del FPS.
- Documentación de planes de contingencia, para los casos en que se presenten fallas en algún nivel de desarrollo de los procesos.
- Proceder a la implementación del procedimiento de hojas de vida y evaluación de proveedores
- Implementar un plan de contingencia que garantice la custodia de las evidencias del envío de las cuentas de cobro por medio electrónico.
- Sensibilización a todos los servidores, sobre la cultura de la autoevaluación del control (acciones correctivas y acciones preventivas).
- Implementar un control de las fechas propuestas para la ejecución de las actividades programadas en el plan de mejoramiento institucional para garantizar su estricto cumplimiento.
- Enfatizar para que en los procedimientos referentes a autoevaluación, control y formulación de acciones correctivas o preventivas se prioricen los análisis de causa y efectividad de las acciones correctivas implementadas, pues se ha detectado que en algunos casos a pesar de ejecutarse las acciones propuestas, los resultados no atacan las causas que originan el hallazgo
- Avanzar en el seguimiento en la implementación, desarrollo y efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento individual
- Mejorar la infraestructura con miras a una mejora continua en el manejo de la gestión documental.



JAIME LUIS LACOUTURE PEÑALOZA
Director General.

Reviso: Ingrid Yaneth Ovalle P.

Elaboro: Ingrid Yaneth Ovalle P.