



CARTA INTERNA N° 21/17

A : PRESIDENCIA, *SRÍA. GENERAL*
GERENCIAS: INDUSTRIAL, COMERCIAL, GPDO, GSMS, UOC, AUDITORIA GRAL. INTERNA, ASESORIA LEGAL, FINANCIERA

DE : **RESPONSABLE MECIP - DEPARTAMENTO MECIP**

FECHA : **31/03/2016**

REFERENCIA : **FORMATO N° 6 DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

Para garantizar el cumplimiento de los Objetivos definidos en el Control Interno adoptado por la Institución (MECIP), se requiere un diagnóstico donde se califiquen los 29 Estándares de Control, Componentes y Subsistemas; por lo tanto Departamento MECIP, remitirá a cada dependencia (Presidencia, GSMS, Industrial, GPDO, Financiera, Comercial, UOC, Auditoría Gral. Interna y Asesoría Legal) el **Formato N° 6**, consistente en una Encuesta de percepción para diagnosticar el Sistema de Control Interno.

Cada Dependencia es responsable de entregar una copia de la Encuesta a sus subalternos (Departamentos, Divisiones, Secciones).

Cada funcionario deberá calificar en la **columna (3)** de conformidad a la siguiente escala:

- (1) **No se cumple**
- (2) **Se cumple insatisfactoriamente**
- (3) **Se cumple aceptablemente**
- (4) **Se cumple en Alto grado**
- (5) **Se cumple plenamente**

En la **Columna (4)** deberán señalar la evidencia (verbal o documental) de la información que cada funcionario posee.

La **Columna (2)** corresponde al Departamento MECIP.

El retorno del resultado de las Encuestas al Departamento MECIP será el viernes 07/04/17, sin prórroga, teniendo en cuenta la posterior consolidación del resultado obtenido consistente en análisis, valoración y diagnóstico final.

Solicitamos el apoyo y la cooperación de todas las áreas



Lic. Gladys Benítez de Jullin
Jefa Departamento MECIP
INC



Ing. MANUEL BARRIOS
Responsable Implementación MECIP
Miembro Comité de Control Interno (CCI)

INSTITUCIÓN:

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP -

PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

FORMATO: Diagnóstico del Sistema de Control Interno

No. 06

DEPENDENCIA: SECRETARIA GENERAL

	PARÁMETROS (1)	Instrumento (2)	Calificación (3)	Evidencia (4)	
				Verbal	Documental
31.	4 Existen procesos de autoevaluación permanente que verifiquen la validez del Contexto Estratégico con la ocurrencia de riesgos en la operación de la Institución.		3		
	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS				
32.	1 La metodología de Identificación de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos de la Institución.		3		
33.	2 Se describen adecuadamente cada uno de los riesgos que afectan el desempeño de los macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades.		3		
34.	3 Se definen en forma precisa los efectos de cada riesgo en el Modelo de Operación (mapa de procesos) donde éste podría materializarse.		3		
35.	4 Se identifican y describen de forma precisa las causas de los riesgos.		3		
	ANÁLISIS DEL RIESGO				
36.	1 Se aplica la metodología de Análisis de Riesgos en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos (mapa de procesos) de la Institución.		3		
37.	2 Se encuentran bien definidos los criterios para determinar la gravedad de los riesgos.		4		
38.	3 Es coherente la evaluación de riesgos con la realidad de la Institución.		4		
	VALORACIÓN DEL RIESGO				
39.	1 La metodología de Valoración de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación (mapa de procesos) de la Institución.		3		
40.	2 Existe coherencia entre los criterios utilizados para priorizar los macroprocesos, procesos, subprocesos, actividades y sus respectivos riesgos.		3		
41.	3 La Valoración de Riesgos favorece el cumplimiento de objetivos de los demás elementos constitutivos del componente Administración de Riesgos.		3		
	POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS				
42.	1 Las Políticas de Administración de Riesgos son coherentes con los lineamientos normativos y legales que rigen a la Institución.		4		
43.	2 Las Políticas de Administración de Riesgos se adaptan a las características y naturaleza de la Institución y contemplan los posibles riesgos a que puede estar sujeta su gestión.		4		
44.	3 La alta dirección está comprometida con la definición y acatamiento de las Políticas de Administración de Riesgos.		4		
45.	4 Las Políticas de Administración de Riesgos se aplican en todos los niveles y por parte de todos los Funcionarios de la Institución.		3		
46.	5 Existen parámetros que obligan a la revisión periódica de las Políticas de Administración de Riesgos y su adaptación a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Institución.		3		
	POLÍTICAS DE OPERACIÓN				
47.	1 Existe coherencia entre las Políticas de Operación y las Políticas de Administración de Riesgos.		3		
48.	2 Todos los funcionarios conocen y entienden las Políticas de Operación.		3		
49.	3 Las Políticas de Operación son aplicadas en todos los niveles y por parte de todos los funcionarios de la Institución.		3		
	PROCEDIMIENTOS				
50.	1 Existen Procedimientos que describen la manera de llevar a cabo las actividades de la Institución.		4		
51.	2 Existe coherencia en la definición de los perfiles de los cargos en relación con los procedimientos definidos para dar cumplimiento a los objetivos de cada proceso.		4		
52.	3 Los funcionarios conocen los Procedimientos y responsabilidades a su cargo.		4		
53.	4 Los Procedimientos garantizan el cumplimiento de los objetivos de los procesos.		4		
	CONTROLES				
54.	1 La alta dirección está comprometida con la definición y divulgación de controles.		3		
55.	2 Todos los funcionarios conocen y entienden el sentido de la inclusión de los controles preventivos, detectivos, de protección y correctivos en las actividades que cada uno de ellos debe llevar a cabo para lograr los propósitos institucionales.		3		
56.	3 Están establecidas las decisiones a tomar o las acciones a realizar en caso ineficiente de los controles.		3		
57.	4 Están definidos los parámetros que obliguen a la revisión periódica y adaptación de los Controles a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Institución.		3		
	INDICADORES				

INSTITUCIÓN:

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP -

PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

FORMATO: Diagnóstico del Sistema de Control Interno

No. 06

DEPENDENCIA: SECRETARIA GENERAL

	PARÁMETROS (1)	Instrumento (2)	Calificación (3)	Evidencia (4)	
				Verbal	Documental
58.	1 Existe coherencia entre el diseño de indicadores de resultado y los objetivos definidos en los Planes y Programas de la Institución.		4		
59.	2 Existe coherencia entre el diseño de indicadores y los objetivos de los Macroprocesos y procesos del Modelo de operación (mapa de procesos).		4		
60.	3 Existe coherencia entre el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Funcionarios y las políticas y prácticas definidas en Desarrollo del Talento Humano.		4		
61.	4 Existe coherencia en el diseño de los indicadores que miden el desempeño de los Funcionarios con los objetivos y resultados del Proceso al que se encuentra asignado.		4		
	MANUAL DE OPERACIÓN				
62.	1 El manual de operación incluye los Acuerdos o Compromisos Éticos, las políticas de Desarrollo del Talento Humano, los Planes y Programas y las Políticas de Administración de Riesgos.		4		✓
63.	2 En el Manual de operación se incluyen los normogramas de los procesos.		4		✓
64.	3 Existen procesos de divulgación y capacitación tendientes a fortalecer el uso del Manual de operación.		3		
	INFORMACIÓN EXTERNA				
65.	1 Existe cultura para obtener la información relacionada con el entorno, la comunidad y demás grupos de interés.		3		
66.	2 Se cumple con la normatividad vigente sobre la existencia de medios que permitan recibir, procesar y dar respuesta a la comunicación y partes interesadas en forma eficiente y oportuna.		4		
67.	3 Existen medios efectivos que permiten recibir, manejar y dar respuesta a las quejas y reclamos de los grupos de interés.		4		
68.	4 La Información Externa es tenida en cuenta por los Funcionarios para la implementación de las acciones y decisiones organizacionales.		4		
	INFORMACIÓN INTERNA				
69.	1 Existen fuentes de Información Interna debidamente determinadas y canalizadas para el logro de los objetivos institucionales.		4		
70.	2 La totalidad de los procesos/subprocesos de la Institución contemplan las salidas de información necesaria a los grupos de interés internos y externos.		4		
71.	3 La Información Interna se divulga y socializa entre los funcionarios de la Institución.		3		
72.	4 La Información Interna se utiliza en la rendición de cuentas e información a los diferentes grupos de interés.		4		
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN				
73.	1 Existen sistemas de información que canalizan la información que se genera a nivel institucional y la administran adecuadamente para su posterior utilización.		4		
74.	2 Los Sistemas de Información son utilizados por los Funcionarios para cumplir de manera eficiente sus responsabilidades en relación con la función de la Institución.		4		
75.	3 Los Funcionarios Públicos conocen los Sistemas de Información que posee la Institución.		4		
76.	4 La información generada por los Sistemas de Información cumple con los parámetros de calidad requeridos.		4		
	COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL				
77.	1 Se determina claramente la información que será comunicada a los Funcionarios de la Institución.		4		
78.	2 Están establecidas las responsabilidades de comunicación interna que cada Funcionario tiene con los demás funcionarios para el ejercicio de sus cargos.		4		
79.	3 Son pertinentes y oportunos los procesos de divulgación de los propósitos, estrategias, planes, políticas y manera de llevarlos a cabo.		4		
80.	4 Las partes interesadas adquieren comprensión sobre los propósitos de la Institución a partir de los procesos de comunicación interna.		4		
	COMUNICACIÓN PÚBLICA				
81.	1 Se tienen definidas las partes interesadas externas a quienes se tiene la obligación de comunicar los proyectos, su ejecución y los resultados obtenidos por la Institución.		4		
82.	2 Se tiene definida la información que será comunicada a cada uno de los públicos identificados.		3		
83.	3 Están establecidas claramente las responsabilidades de Comunicación externa en cada uno de los procesos y actividades que configuran la operación de la Institución.		3		
84.	4 Se evalúa la utilidad, oportunidad y confiabilidad de la información que ha de ser comunicada a los públicos externos.		4		
85.	5 Los procesos de Rendición de Cuentas a la Contraloría General de la República - CGR - son pertinentes y oportunos.		3		
	RENDICION DE CUENTAS				

INSTITUCIÓN:

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP -

PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

FORMATO: Diagnóstico del Sistema de Control Interno

No. 06

DEPENDENCIA: Gerencia Industrial.

	PARÁMETROS (1)	Instrumento (2)	Calificación (3)	Evidencia (4)	
				Verbal	Documental
86.	1 Se tiene definido e institucionalizado un Proceso de Rendición de Cuentas a la Sociedad.		4		X
87.	2 Existe en todos los niveles funcionarios responsables por la preparación periódica y operativa de la información para la Rendición de Cuentas a la Sociedad.		4		X
88.	3 La institución presenta periódicamente una Rendición de Cuentas a la Sociedad.		5		X
89.	4 Los medios de Comunicación de la institución relacionados a la Rendición de Cuentas a la Sociedad son efectivos.		5		X
90.	5 Integra la institución las recomendaciones de Control Ciudadano a los planes de mejoramiento.		5	X	
	AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL				
91.	1 Se difunden los mecanismos e instrumentos utilizados para la realización de la Autoevaluación del Control.		3	X	
92.	2 Los funcionarios de la Institución comprenden los propósitos, metodologías e instrumentos requeridos para la Autoevaluación del Control.		3	X	
93.	3 Las fuentes de información e instrumentos utilizados para la Autoevaluación del Control son pertinentes.		5	X	
94.	4 Existe representación de todos los funcionarios en la realización de la Autoevaluación del Control.		5	X	
	AUTOEVALUACIÓN DE GESTIÓN				
95.	1 Los Directivos comprenden la importancia del monitoreo permanente de los indicadores a los macroprocesos, procesos, subprocesos, planes y programas a su cargo.		5		X
96.	2 Durante el proceso de evaluación e informe de los indicadores participan todos los funcionarios de los diferentes niveles.		5		X
97.	3 Las acciones de mejoramiento son coherentes con el resultado del análisis de indicadores.		3	X	
98.	4 Se discuten los resultados del análisis de indicadores con todos los Funcionarios responsables de los procesos y planes institucionales.		3	X	
	EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO				
99.	1 Se cumplen los objetivos, principios y fundamentos del Sistema de Control Interno en la Institución.		5	X	
100.	2 La efectividad de los Estándares de Control, Componentes Básicos de Control y los Componentes Corporativos de Control en su interacción apoyan el cumplimiento de los objetivos de la Institución.		3	X	
101.	3 Se generan observaciones de Control Interno a los directivos de las áreas sobre las deficiencias significativas que requieren especial atención por parte de ellos.		5	X	
102.	4 Se presentan los informes de control interno a la alta dirección.		3	X	
	AUDITORIA INTERNA				
103.	1 Se cuenta con métodos, procedimientos y herramientas que apoyen los procesos de evaluación independiente.		5		X
104.	2 En los procesos de auditoría se incorpora la planeación, ejecución, elaboración de informes y seguimiento.		5		X
105.	3 Se definen acuerdos sobre las acciones de mejoramiento con las diferentes áreas de la Institución.		5		X
	PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL				
106.	1 La Institución elabora anualmente un Plan de Mejoramiento Institucional.		3	X	
107.	2 El Plan de Mejoramiento Institucional involucra las acciones de Mejoramiento a nivel de Macroproceso, Procesos, Subprocesos derivados de la Autoevaluación por área organizacional.		3	X	
108.	3 El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones de mejoramiento generadas por la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno.		5	X	
109.	4 El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones emitidas por el órgano de Control Fiscal competente.		5	X	
110.	5 El Plan de Mejoramiento Institucional contempla niveles de responsabilidad, términos de ejecución y recursos.		5	X	
111.	6 Los funcionarios de la Institución conocen el Plan de Mejoramiento Institucional.				
	PLANES DE MEJORAMIENTO FUNCIONAL				
112.	1 Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento Funcionales y la función específica encargada a cada área organizacional de la Institución.		5	X	
113.	2 Los Servidores Públicos de la Dependencia conocen el Plan de Mejoramiento por procesos de su área.		5	X	
114.	3 Los Planes de Mejoramiento por área tienen en cuenta las recomendaciones derivadas de la Evaluación, en lo que corresponde a cada área organizacional.		5	X	

INSTITUCIÓN:

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP -

PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

FORMATO: Diagnóstico del Sistema de Control Interno

No. 06

DEPENDENCIA: Gerencia Industrial.

	PARÁMETROS (1)	Instrumento (2)	Calificación (3)	Evidencia (4)	
				Verbal	Documental
115.	4 Los Planes de Mejoramiento contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución y recursos.		3	X	
116.	5 Los Planes de Mejoramiento de la dependencia tienen en cuenta las recomendaciones emitidas por los Órganos de Control Fiscal en lo pertinente a cada área organizacional.		3	X	
	PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL				
117.	1 Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento Individual y las funciones que desarrolla la Institución.		3		X
118.	2 Los Funcionarios elaboran Planes de Mejoramiento Individuales tomando como base los resultados de la Autoevaluación del Control y de Gestión.		3	X	
119.	3 Los Planes de Mejoramiento Individual se encuentran asociados a las funciones de cada cargo, en particular a sus objetivos de desempeño.		3	X	
120.	4 La calificación de desempeño del Funcionario se encuentra directamente relacionada a su función, objetivos de desempeño y capacidad de llevar a cabo las acciones de mejoramiento relativas a los procesos que se le han asignado.		3	X	

INSTITUCIÓN:					
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP -					
PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN					
FORMATO: Diaanóstico del Sistema de Control Interno					
No. 06					
DEPENDENCIA: Gerencia Financiera					
	PARÁMETROS (1)	Instrumento (2)	Calificación (3)	Evidencia (4)	
				Verbal	Documental
72.	4		3		
	SISTEMAS DE INFORMACIÓN				
73.	1		3		
74.	2		3		
75.	3		3		
76.	4		3		
	COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL				
77.	1		4		
78.	2		4		
79.	3		4		
80.	4		3		
	COMUNICACIÓN PÚBLICA				
81.	1		4		
82.	2		4		
83.	3		4		
84.	4		4		
85.	5		4		
	RENDICION DE CUENTAS				
86.	1		4		
87.	2		4		
88.	3		4		
89.	4		4		
90.	5		4		
	AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL				
91.	1		4		
92.	2		4		
93.	3		4		
94.	4		4		
	AUTOEVALUACIÓN DE GESTIÓN				
95.	1		3		
96.	2		3		
97.	3		3		
98.	4		3		
	EVALUACIÓN SISTEMA DE CONTROL INTERNO				
99.	1		3		
100.	2		4		
101.	3		4		
102.	4		4		
	AUDITORIA INTERNA				
103.	1		3		
104.	2		3		
105.	3		3		

INSTITUCIÓN:					
MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP -					
PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN					
FORMATO: Diagnóstico del Sistema de Control Interno					
No. 06					
DEPENDENCIA: Gerencia Financiera					
	PARÁMETROS (1)	Instrumento (2)	Calificación (3)	Evidencia (4)	
				Verbal	Documental
	PLAN DE MEJORAMIENTO INSTITUCIONAL				
106.	1 La Institución elabora anualmente un Plan de Mejoramiento Institucional.		4		
107.	2 El Plan de Mejoramiento Institucional involucra las acciones de Mejoramiento a nivel de Macroproceso, Procesos, Subprocesos derivados de la Autoevaluación por área organizacional.		4		
108.	3 El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones de mejoramiento generadas por la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno.		4		
109.	4 El Plan de Mejoramiento Institucional contempla las recomendaciones emitidas por el órgano de Control Fiscal competente.		4		
110.	5 El Plan de Mejoramiento Institucional contempla niveles de responsabilidad, términos de ejecución y recursos.		4		
111.	6 Los funcionarios de la Institución conocen el Plan de Mejoramiento Institucional.		4		
	PLANES DE MEJORAMIENTO FUNCIONAL				
112.	1 Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento Funcionales y la función específica encargada a cada área organizacional de la Institución.		3		
113.	2 Los Servidores Públicos de la Dependencia conocen el Plan de Mejoramiento por procesos de su área.		4		
114.	3 Los Planes de Mejoramiento por área tienen en cuenta las recomendaciones derivadas de la Evaluación, en lo que corresponde a cada área organizacional.		3		
115.	4 Los Planes de Mejoramiento contemplan niveles de responsabilidad, términos de ejecución y recursos.		3		
116.	5 Los Planes de Mejoramiento de la dependencia tienen en cuenta las recomendaciones emitidas por los Órganos de Control Fiscal en lo pertinente a cada área organizacional.		4		
	PLANES DE MEJORAMIENTO INDIVIDUAL				
117.	1 Existe coherencia entre los Planes de Mejoramiento Individual y las funciones que desarrolla la Institución.		3		
118.	2 Los Funcionarios elaboran Planes de Mejoramiento Individuales tomando como base los resultados de la Autoevaluación del Control y de Gestión.		3		
119.	3 Los Planes de Mejoramiento Individual se encuentran asociados a las funciones de cada cargo, en particular a sus objetivos de desempeño.		4		
120.	4 La calificación de desempeño del Funcionario se encuentra directamente relacionada a su función, objetivos de desempeño y capacidad de llevar a cabo las acciones de mejoramiento relativas a los procesos que se le han asignado.		4		

INSTITUCIÓN:

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP -

PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

FORMATO: Diagnóstico del Sistema de Control Interno

No. 06

DEPENDENCIA: Auditoría General Interna

	PARÁMETROS (1)	Instrumento (2)	Calificación (3)	Evidencia (4)	
				Verbal	Documental
ACUERDOS Y COMPROMISOS ÉTICOS					
1.	1 Existe un Código o Documento orientador de los Acuerdos o Compromisos Éticos.		5		X
2.	2 Los Servidores Públicos conocen los Acuerdos o Compromisos Éticos.		3	X	
3.	3 Los Acuerdos Éticos operan en las relaciones con los funcionarios y con las diferentes partes interesadas internas y externas.		3	X	
4.	4 La Institución tiene habilidad para detectar violaciones a los Acuerdos Éticos.		1		
DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO					
5.	1 Existen perfiles para cada uno de los cargos.		4		X
6.	2 Existen políticas que permiten la ejecución de los procesos de selección, inducción, reinducción, capacitación y evaluación del desempeño.		4		X
7.	3 Se han identificado procesos de selección, inducción, reinducción, capacitación y evaluación del desempeño.		4		
8.	4 Existen políticas de Bienestar Social.		2		
9.	5 Las políticas y procedimientos de Desarrollo del Talento Humano son difundidas y conocidas en todos los niveles de la Institución.		3		
PROTOCOLOS DE BUEN GOBIERNO					
10.	1 La alta dirección está comprometida con los objetivos, principios y fundamentos del Sistema de Control Interno.		5		
11.	2 Los directivos dan cumplimiento a las políticas y prácticas de Desarrollo del Talento Humano		5	X	
12.	3 Las Directivas acatan los Acuerdos y Compromisos Éticos de la Institución.		5	X	
13.	4 La alta dirección se compromete con la asignación y uso mesurado y racional de los recursos.		4		X
14.	5 La alta dirección cumple con los métodos, procedimientos, políticas y objetivos propios del Control Interno.		4		
15.	6 La alta dirección establece acciones a las recomendaciones resultantes de la Autoevaluación de la Gestión.		4		X
PLANES Y PROGRAMAS					
16.	1 Elabora la Institución los Planes y Programas Estratégicos y Operativos en cumplimiento de la normatividad existente.		5		X
17.	2 Existe compromiso de la alta dirección con la ejecución de los planes y programas requeridos para el cumplimiento de la función constitucional y legal de la Institución		4		
18.	3 Los funcionarios conocen y están comprometidos con los Planes y Programas pertinentes para el desarrollo de su función.		4		
19.	4 Los Planes y Programas son divulgados a los diferentes públicos internos y externos que tienen relación con la Institución.		4		
MODELO DE GESTIÓN POR PROCESOS					
21.	1 La entidad basa su operación en Gestión por Procesos o Sistema de Gestión de la Calidad - SGC.		4		
22.	2 El Modelo de Gestión o SGC contiene la definición de macroprocesos estratégicos, misionales y de apoyo a la vez que los procesos, subprocesos y actividades que los conforman.		4		
23.	3 Existe armonía entre los objetivos de los macroprocesos con el conjunto de Planes y Programas que rigen a la Institución.		3		
ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL					
24.	1 Existe coherencia y armonía de la estructura organizacional con el Modelo de Operación por procesos de la Institución.		4		
25.	2 Existen manuales que detallen actividades secuenciales que se requieren para el ejercicio de cada uno de los cargos.		2		
26.	3 La Estructura Organizacional permite y facilita el cumplimiento de los objetivos contenidos en los Planes y Programas de la Institución.		3		
27.	4 La Estructura Organizacional está adaptada a las necesidades cambiantes del entorno y evaluación contingencial de los aspectos externos (estabilidad, complejidad, diversidad y hostilidad).		3		
CONTEXTO ESTRATÉGICO DEL RIESGO					
28.	1 Se identifican las oportunidades y amenazas generadas por el entorno, con base en el análisis de información externa y el análisis estratégico elaborado para el diseño de los Planes y Programas.		4		
29.	2 Se aplica una metodología apropiada para el análisis del Contexto Estratégico de la Institución.		3		

INSTITUCIÓN:

MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO - MECIP -

PLANEACIÓN AL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN

FORMATO: Diagnóstico del Sistema de Control Interno

No. 06

DEPENDENCIA: Auditoría General Interna

	PARÁMETROS (1)	Instrumento (2)	Calificación (3)	Evidencia (4)	
				Verbal	Documental
30.	3 Se cuenta con la participación de Funcionarios de los diferentes niveles en el análisis del Contexto Estratégico.		3		
31.	4 Existen procesos de autoevaluación permanente que verifiquen la validez del Contexto Estratégico con la ocurrencia de riesgos en la operación de la Institución.		3		
	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS				
32.	1 La metodología de Identificación de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos de la Institución.		3		
33.	2 Se describen adecuadamente cada uno de los riesgos que afectan el desempeño de los macroprocesos, procesos, subprocesos y actividades.		3		
34.	3 Se definen en forma precisa los efectos de cada riesgo en el Modelo de Operación (mapa de procesos) donde éste podría materializarse.		3		
35.	4 Se identifican y describen de forma precisa las causas de los riesgos.		3		
	ANÁLISIS DEL RIESGO				
36.	1 Se aplica la metodología de Análisis de Riesgos en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación por Procesos (mapa de procesos) de la Institución.		2		
37.	2 Se encuentran bien definidos los criterios para determinar la gravedad de los riesgos.		2		
38.	3 Es coherente la evaluación de riesgos con la realidad de la Institución.		2		
	VALORACIÓN DEL RIESGO				
39.	1 La metodología de Valoración de Riesgos se aplica en todos los niveles que conforman el Modelo de Operación (mapa de procesos) de la Institución.		3		
40.	2 Existe coherencia entre los criterios utilizados para priorizar los macroprocesos, procesos, subprocesos, actividades y sus respectivos riesgos.		3		
41.	3 La Valoración de Riesgos favorece el cumplimiento de objetivos de los demás elementos constitutivos del componente Administración de Riesgos.		2		
	POLÍTICAS DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS				
42.	1 Las Políticas de Administración de Riesgos son coherentes con los lineamientos normativos y legales que rigen a la Institución.		3		
43.	2 Las Políticas de Administración de Riesgos se adaptan a las características y naturaleza de la Institución y contemplan los posibles riesgos a que puede estar sujeta su gestión.		3		
44.	3 La alta dirección está comprometida con la definición y acatamiento de las Políticas de Administración de Riesgos.		2		
45.	4 Las Políticas de Administración de Riesgos se aplican en todos los niveles y por parte de todos los Funcionarios de la Institución.		2		
46.	5 Existen parámetros que obligan a la revisión periódica de las Políticas de Administración de Riesgos y su adaptación a las diferentes circunstancias que puede atravesar la Institución.		2		
	POLÍTICAS DE OPERACIÓN				
47.	1 Existe coherencia entre las Políticas de Operación y las Políticas de Administración de Riesgos.		3		
48.	2 Todos los funcionarios conocen y entienden las Políticas de Operación.		2		
49.	3 Las Políticas de Operación son aplicadas en todos los niveles y por parte de todos los funcionarios de la Institución.		2		
	PROCEDIMIENTOS				
50.	1 Existen Procedimientos que describen la manera de llevar a cabo las actividades de la Institución.		3		
51.	2 Existe coherencia en la definición de los perfiles de los cargos en relación con los procedimientos definidos para dar cumplimiento a los objetivos de cada proceso.		3		
52.	3 Los funcionarios conocen los Procedimientos y responsabilidades a su cargo.		2		
53.	4 Los Procedimientos garantizan el cumplimiento de los objetivos de los procesos.		3		
	CONTROLES				
54.	1 La alta dirección está comprometida con la definición y divulgación de controles.		3		
55.	2 Todos los funcionarios conocen y entienden el sentido de la inclusión de los controles preventivos, detectivos, de protección y correctivos en las actividades que cada uno de ellos debe llevar a cabo para lograr los propósitos institucionales.		2		
56.	3 Están establecidas las decisiones a tomar o las acciones a realizar en caso ineficiente de los controles.		2		