

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011
**Jefe de Control Interno,
o quien haga sus veces:**
RITA CECILIA COTES COTES
Período evaluado: noviembre 2015 - febrero 2016
Fecha de elaboración: 10 de marzo del 2016
MODULO DE CONTROL PLANEACIÓN Y GESTIÓN
Dificultades

1. La Entidad dispone de un documento llamado código de ética que recoge los valores y principios éticos que se promueven; los cuales se han dado a conocer a través de campañas de sensibilización, semana cultural, inducción y reinducción, además de estar publicados en el sitio Web de la entidad; En el transcurso del periodo evaluado se adelantó un jornada de reinducción al personal de planta en aspectos generales en la materia, sin enfatizar en temas de carácter específicos, como es el tema del nivel de autoridad y responsabilidad. De otra parte, los indicadores formulados en la Suite, no permiten medir el nivel de apropiación de las reglas de conducta definidas y su comportamiento, para que conforme a los resultados, se proceda a la actualización y las mejoras de los mismos.
2. Frente a la gestión ética, no se ha diseñado una estrategia que permita la implementación y adecuada de todos los aspectos definidos en el componente ético; apoyados en los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en su "Modelo de Gestión Ética para Entidades del Estado"; de tal manera, que a través de esta herramienta, se afiancen los principios éticos definidos en la Entidad. No obstante, esta propuesto para el Plan de acción 2016.
3. No se ha conformado el colectivo de Agentes de Cambio para la Gestión Ética en la entidad, a fin de contribuir a la consolidación de la cultura de gestión ética en la entidad.
4. Se cuenta con un diagnóstico el cual no permite establecer la necesidad real de capacitación, que conforme a las normas vigentes, la Entidad pueda ofrecer en los puestos de trabajo, de tal manera que logre impactar la gestión de cada uno de los procesos.
5. La estructura actual de la caracterización de algunos procesos en la Entidad, no permite evidenciar la interacción adecuada de la totalidad de sus actividades.
6. A la fecha, no se pudo evidenciar la evaluación los acuerdos de gestión suscritos con los gerentes públicos, correspondiente a la vigencia 2015, Sin embargo la Guía definida por el DAFP, establece evaluar de manera permanente estos acuerdos. Ley 909 de 2004.
7. A pesar de que entidad tiene indicadores de gestión identificados, algunos no reflejan la situación actual de cada proceso y por ende, no se permite establecer el grado de avance de los objetivos trazados y los resultados esperados del proceso y la gestión. Adicionalmente deben ser actualizados de conformidad con las necesidades de cada una de las áreas. Por otra parte, los responsables del área deben llevar de manera oportuna y completa la actualización de acuerdo con la frecuencia prevista, soportando las causas, efecto y soluciones de cada uno de ellos. Situación que no permite asegurar la

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		10/03/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		10/06/2016
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.			

eficiencia y efectividad para los cuales se fueron formulados.

8. Se observa incumplimiento en la ejecución del proyecto de Inversión vigencia 2015, de acuerdo al cronograma definido en el Plan Anual de Adquisiciones vs la ejecución presupuestal.
9. Se ejecutan las metas propuestas para subsanar los hallazgos identificados por los organismos de control, sin embargo es necesario maximizar los controles por parte de los líderes de procesos; formulando acciones efectivas para evitar que las no conformidades se vuelvan recurrentes y se materialice un riesgo, esta observación se puede evidenciar en las auditorías y evaluaciones internas y externas, realizadas por la oficina de Control Interno.
10. Para la identificación de los riesgos, la entidad cuenta con un Manual y una Política para la Administración de Riesgos. Sin embargo no se evidencian registros documentales de la aplicación de todos los aspectos descritos en ella, tales como: contexto medioambiental, Salud Ocupacional y Social, lo que no permite concebir un mapa de riesgos integral.
11. Se presentó en el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo, los riesgos institucionales, por procesos y de corrupción y se formularon las acciones preventivas de todos los procesos, excepto Permisos de Estado y Secretaria General.

Avances

1. La Entidad cuenta con un Código de Ética y Buen Gobierno, incluido dentro del Sistema de Gestión de Calidad y publicado en su sitio web; no obstante, éste requiere ser socializado a la totalidad de los funcionarios.
2. Se cuenta con un Manual de Inducción y Reinducción, que permite dar a conocer al servidor público la Estructura, normatividad y funciones de la Entidad.
3. La Estructura Organizacional permite razonablemente dar cumplimiento a su Direccionamiento Estratégico.
4. La Entidad cuenta con lineamientos para el proceso de identificación, manejo y control de los riesgos, documentados en el "MANUAL PARA LA IDENTIFICACION Y ADMINISTRACION DEL RIESGO"; el cual se encuentra disponible para su consulta a todos los funcionarios.
5. El Modelo de Operación por Procesos, se encuentra alineado con la estructura organizacional; la cual permite razonablemente el cumplimiento de los objetivos formulados.
6. La Entidad cuenta con una herramienta gerencial (Suite Visión Empresarial), que le permite monitorear en tiempo real la gestión de los procesos y la consulta de la información que soporta el Sistema de Gestión de Calidad; no obstante, su aprovechamiento no es óptimo.
7. Se cuenta con las Políticas de Operación por Procesos que sirven como guía de acción para la ejecución adecuada de las actividades descritas en cada una de ellos; no obstante, requieren ser socializa-

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		10/03/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		10/06/2016
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.			

das periódicamente para la interiorización y apropiación de las mismas, por parte de los servidores públicos de la Entidad.

MODULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Dificultades

1. Se hace seguimiento trimestral al cumplimiento de las tareas formuladas; no obstante, no se toman las medidas oportunamente frente a las observaciones encontradas.
2. El resultado de la evaluación y seguimiento a los indicadores formulados, genera incertidumbre en la medida en que la información soporte no se encuentra actualizada por los responsables de área, situación que no permite la toma de decisiones oportunas y acertadas.
3. Deficiencias en el seguimiento oportuno de las acciones correctivas o preventivas, resultado de las Auditorías realizadas e informes de seguimiento rendidos por la Oficina de Control Interno y como medidas tomadas para evitar la materialización de los riesgos.
4. La Entidad dentro de su proceso de autoevaluación, no ha definido los criterios o mecanismos que le permitan verificar el cumplimiento de los objetivos misionales; aspecto que se requiere para establecer periódicamente el cumplimiento del Plan de Acción Estratégico del cuatrienio.
5. Algunas áreas no consideran la autoevaluación como un instrumento de aporte a la mejora en los procesos, además que no se lleva evidencia que registre la actividad.
6. Las actividades programadas y desarrolladas para el fortalecimiento de la Cultura de Autoevaluación no han tenido el impacto necesario para generar cultura institucional.

Avances

1. Se encuentra formulado y aprobado el Plan de Auditorías correspondiente a la vigencia 2015, ejecutado en un 100% conforme a lo programado en el cuatrimestre y el 85% de cumplimiento, según lo programado para toda la vigencia.
2. La Entidad realiza seguimiento al Sistema de Control Interno mediante auditorías internas, evaluación de planes, informes de seguimiento y evaluaciones cuatrimestrales que son insumos para generar el Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno, que se publica de forma oportuna en el sitio web de la Entidad, en cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 y se socializa a la Alta Dirección en reuniones del Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno.
3. La Oficina de Control Interno además de ejecutar el Programa de Auditorías diseñado para la vigencia, también realiza seguimiento a diferentes temas, sobre los cuales genera informes con observaciones y recomendaciones, en su rol de asesoría y acompañamiento; productos que se entregan a los líderes de procesos para la mejora continua.

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		10/03/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		10/06/2016
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.			

4. La Oficina de Control Interno en el proceso de Auditorías Internas, ha identificado algunos riesgos materializados, generando las alarmas correspondientes, a través de los informes de seguimiento al Plan de Acciones correctivas y evaluación del Plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano
5. La Entidad cuenta con un Plan de Mejoramiento Institucional que da respuesta razonable a los hallazgos formulados por la Contraloría General de la República; sobre el particular, la Alta Dirección inició un proceso de revisión de cada uno de los hallazgos que aún no han sido subsanados, frente a los cuales ha impartido las instrucciones puntuales y las acciones que se deben formular y ejecutar para subsanarlos.
6. Como producto de la autoevaluación, la entidad realizó la revisión y ajuste al Plan de Acción Institucional vigencia 2015.

EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dificultades

1. Se construyeron las Tablas de Retención Documental para todos los procesos, excepto el Proceso de Comunicaciones; sin embargo, debido a cambios estructurales, la entidad se encuentra en proceso de actualización y ajuste a las mismas, como acción de mejoramiento a raíz de una observación formulada por el Archivo General de la Nación.
2. No se han creado los expedientes en el aplicativo ORFEO, para cada uno de los procesos de la Entidad, conforme a la última versión de las Tablas de Retención Documental, aprobadas mediante acta de fecha 04 de marzo de 2015, en el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo.
3. No existe trazabilidad de todas las actuaciones ni la suficiente claridad y confiabilidad de la información contenida en las diferentes bases de datos o archivos en Excel, que administran algunos procesos en el desarrollo de sus actividades; lo que dificulta la consulta, seguimiento efectivo, ágil y adecuado del desempeño del proceso y la comunicación entre las áreas para el cabal desarrollo de sus funciones.
4. No obstante, la Entidad cuenta con la página Web, como mecanismo para obtener información de la ciudadanía; en la vigencia 2015 y especialmente en el segundo semestre, se reportaron algunos inconvenientes relacionados con ausencia e inoportunidad en la publicación de la información.

Avances

1. La Entidad cuenta con mecanismos para obtener información de la ciudadanía, un Buzón de Contacto, Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias sobre Servicios de Vigilancia y Funcionarios de la Entidad, administrado a través del sitio web; igualmente con una Encuesta de Satisfacción, Foros Virtuales y Chat
2. La Entidad cuenta con la herramienta ORFEO como mecanismo de administración de la información documental; que se origina y procesa al interior.
3. La Entidad cuenta con mecanismos que garantizan la difusión de información pública sobre su funcio-

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		10/03/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		10/06/2016
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.			

namiento, gestión y resultados.

4. Existe un Manual de Comunicación Pública, cuyo objetivo es atender las solicitudes de comunicación de los diferentes procesos en lo relacionado con la divulgación oportuna de todas las actividades y gestiones que impacten en forma interna y externa, así como coadyuvar en el mantenimiento de una adecuada comunicación organizacional que facilite no sólo el desarrollo de los procesos, sino también las relaciones interpersonales.
5. Se realiza trimestralmente la encuesta de satisfacción del cliente, la cual es insumo para la implementación de la mejora.

Estado General del Sistema de Control Interno

De acuerdo a la evaluación realizada al Sistema de Control Interno en la Entidad, se considera que se cumple **ACEPTABLEMENTE**. Esta evaluación se realizó bajo el enfoque de madurez del Sistema y no de implementación; lo anterior en consideración a que la entidad se encuentra Recertificada en Gestión de Calidad.

Se presenta el siguiente Estado General del Sistema:

1. La estructura actual de la caracterización de algunos procesos en la Entidad, no permite evidenciar la interacción adecuada de la totalidad de sus actividades.
2. A la fecha, no se han firmado y evaluado los acuerdos de gestión suscritos con los gerentes públicos. Se evidencia evaluación con corte a 30092014, del acuerdo suscrito por el señor Secretario General. Sin embargo la Guía definida por el DAFP, establece, evaluar de manera permanente, estos acuerdos. Ley 909 de 2004.
3. En la Entidad no se ha formulado una Estrategia para dinamizar el Componente Ético, conforme a la totalidad de los parámetros definidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
4. No se aplican todos los aspectos definidos en la Política para la Gestión del Riesgo.
5. A pesar de que entidad tiene indicadores de gestión identificados, algunos no reflejan la situación actual de cada proceso, por ende no permite establecer el grado de avance de los objetivos trazados y los resultados esperados del proceso y la gestión. Adicionalmente, deben ser actualizados de conformidad con las necesidades de cada una de las áreas. Por otra parte, los responsables del área deben llevar de manera oportuna y completa la actualización de acuerdo con la frecuencia prevista, sopor-tando las causas, efecto y soluciones de cada uno de ellos. Situación que no permite asegurar la eficiencia y efectividad para los cuales se fueron formulados.
6. No existen criterios para el tratamiento de los riesgos materializados; lo que no permite su control efectivo para la toma de decisiones oportunas.
7. Existe deficiencia en la formulación y seguimiento de acciones preventivas y correctivas, por cuanto

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		10/03/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		10/06/2016
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.			

éstas no permiten subsanar la causa raíz de las no conformidades reales y evitar la materialización de los riesgos en la Entidad.

8. la mejora no es dinámica en el Sistema de Control Interno.
9. En algunos casos, no se toman medidas frente a las deficiencias detectadas e informadas por la Oficina de Control Interno.

Recomendaciones y sugerencias

1. Definir una estrategia que permita dinamizar el componente ético de la Entidad; haciendo uso de la totalidad de los parámetros fijados por el DAFP, en el Modelo de Gestión Ética para Entidades del Estado.
2. Revisar la caracterización de los procesos, con el propósito de lograr que la totalidad de éstos reflejen adecuadamente la interacción de todas sus actividades.
3. Revisar la Formulación de los indicadores de gestión y por procesos, para que cumplan con su propósito.
4. Fortalecer el ejercicio de autoevaluación de control y gestión en los procesos de la Entidad, para emprender acciones de mejora necesarias para subsanar oportunamente las debilidades del Sistema de Control Interno.
5. Continuar con el seguimiento a la formulación de acciones correctivas y preventivas, frente al resultado de las auditorías internas, indicadores, evaluaciones del Sistema de Control Interno, ejercicio de autoevaluación y demás fuentes para efectos de subsanar las No Conformidades o debilidades detectadas.
6. Definir dentro del proceso de autoevaluación, un mecanismo que permita establecer el nivel de cumplimiento del desempeño de los procesos.
7. Continuar con las actividades diseñadas para garantizar que la totalidad de los procesos utilicen las Tablas de Retención Documental y se tengan creados la totalidad de sus expedientes.
8. Formular un plan de trabajo que permita implementar las acciones de mejora, como resultado de esta evaluación; priorizando según el nivel de impacto para el mantenimiento del MECI: 2014 y Sistema de Gestión de Calidad.

ORIGINAL FIRMADO

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		10/03/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		10/06/2016
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.			