

INFORME CUATRIMESTRAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO- TERCER CUATRIMESTRE VIGENCIA 2016

OBJETO.

Evaluación y seguimiento al avance al Sistema de Control Interno de la Entidad frente a los lineamientos impartidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP para el periodo comprendido entre Julio a Octubre de 2016.

NORMATIVIDAD.

- Ley 87 de 1994, “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones.
- Decreto 943 de 2014, “Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno –MECI.”

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN.

Establecer el avance al Sistema de Control Interno mediante el diligenciamiento de la encuesta MECI y el análisis cualitativo frente a la evaluación y control de gestión en la Entidad en correspondencia al periodo de Julio a Octubre de la vigencia 2016.

FUENTES DE INFORMACIÓN



Las evidencias que soportan el presente informe, fueron extraídas del Sistema de Gestión Administrativa (SUIT VISIÓN EMPRESARIAL); informes de auditorías internas y de calidad, e informes de evaluación y seguimiento realizados por la Oficina de Control Interno a octubre de la vigencia 2016.

DESARROLLO DE LA EVALUACIÓN

La Oficina de Control Interno efectuó de manera independiente, el diligenciamiento de la encuesta MECI y el análisis cualitativo correspondiente, de conformidad con lo dispuesto por la nueva estructura actualizada del MECI: 2014¹, además de lo señalado por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP al respecto.

No obstante, la evaluación se desarrolló teniendo en cuenta el análisis de respuesta dado por la Oficina de Planeación al cuestionario formulado por la Oficina de Control Interno para el periodo de estudio. Actividad que pretendió obtener un concepto integral del estado del Sistema de Control Interno de la Entidad, a partir de la participación de la dependencia.

¹ Decreto 943 de 2014

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		02/11/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		02/11/2016

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.

Del ejercicio de la evaluación independiente realizada por esta Oficina, se obtuvo el siguiente resultado que describe el estado del Sistema de Control Interno de la Entidad, en términos de fortalezas y dificultades, en cada uno de los módulos y el eje transversal que hacen parte de la Estructura del Sistema de Control Interno, MECI: 2014.

ANÁLISIS CUALITATIVO (Evaluación independiente)

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: Julio - Octubre 2016

Fecha de elaboración: 2 de Noviembre del 2016



MODULO DE CONTROL PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Dificultades

1. El documento Código de Ética y Buen Gobierno, no contempló los principios de forma precisa, en la misma forma como se desarrollaron los valores y políticas institucionales.
2. La jornada de reinducción al personal de planta, se hace de manera general sin enfatizar en temas de carácter específicos, como es el tema del nivel de autoridad y responsabilidad.
3. La Entidad tiene identificado indicadores de gestión para cada proceso, sin embargo deficiencias en la información reportada en la herramienta SVE, provocan incertidumbre en sus resultados; situación que no permite asegurar la eficiencia, efectividad y utilidad, para los cuales se fueron creados.
4. Aunque se formulan actividades / Metas para subsanar los hallazgos identificados por el organismo de control, se evidencian casos de recurrencia o reiteración de la observación, en ausencia a la aplicación de los procedimientos y controles definidos por la Entidad para el proceso de formulación, verificación y seguimiento de las acciones.
5. Existen indicadores para medir la efectividad de sus controles; sin embargo, no se evidencia la formulación o desarrollo de acciones con base en el análisis de los resultados de este indicador.
6. Existe un solo indicador de efectividad para todos los procesos del Mapa de Riesgos; sin embargo, la periodicidad del análisis es anual; por ende, el ajuste a los controles y la toma de decisiones, se hace inoportunamente.
7. 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 y Salud Ocupacional, lo que no permite concebir un Mapa de Riesgos Integral.
8. No se documenta como fuente de información del Plan de Acciones Preventivas de la Entidad, las No conformidades identificadas en los informes de evaluación y seguimiento que hace la Oficina de Control Interno al Mapa de Riesgos.

Fortalezas

1. La Entidad cuenta con un documento llamado Código de Ética y Buen Gobierno, el cual promueve los valores y políticas institucionales en cumplimiento a su marco estratégico. A través de campañas de sensibilización, semana cultural, inducción y reinducción; además de estar publicados en el sitio Web de la entidad.
2. Suscripción de los Acuerdos de gestión con los gerentes públicos, estableciendo los objetivos e indicadores a cumplir en el desarrollo de lo propuesto para la vigencia 2016, de conformidad con lo la metodología definida por el DAFP. Ley 909 de 2004.



FUNCIÓNARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		02/11/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		02/11/2016
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.			

3. Incremento de uno (1) a tres (3) la periodicidad de la aplicación de la encuesta del clima laboral en la Entidad, con el propósito de tener información idónea de manera oportuna frente a las situaciones que se revelen, de conformidad a los criterios de evaluación.
4. 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.
5. Se conformó en la Entidad el colectivo de Agentes de Cambio para la Gestión Ética, mediante Resolución interna No. 20163100040977 del 14 de junio de 2016; con el propósito de crear el comité de ética, como instancia organizacional encargada de promover y liderar el proceso de implementación de la gestión Ética.
6. 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", conforme a lo definido por el DAFP; documento que se encuentra disponible para su consulta a todos los funcionarios en la herramienta SVE.
7. El Modelo de Operación por Procesos, se encuentra alineado con la estructura organizacional; la cual permite razonablemente el cumplimiento de los objetivos formulados.
8. 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.
9. 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 socializadas 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 denota la falta de control en la aplicación de los procedimientos existentes o por el contrario la ausencia de los mismos; que en consecuencia limita y dificulta la verificación, seguimiento y evaluación integral del Plan de Acciones Correctivas y Preventivas, y expone el resultado de aquellos Informes Internos y Externos cuyo análisis dependen de tal insumo.
2. 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.
3. Tras la evaluación y seguimiento al Plan de acción institucional, se observa con corte al tercer trimestre de la vigencia un avance de lo alcanzado sobre lo planificado del 50%; situación que obedece al incumplimiento y reprogramación de algunas acciones y/o tareas que se desprenden de actividades programadas en el Plan.
4. La sub-utilización del *Módulo de Planes* compromete la funcionalidad de la herramienta gerencial (Suite Visión Empresarial), a razón de los incumplimientos y la ausencia en el reporte de acciones detectadas para la vigencia en evaluación del Plan de Acciones Preventiva y Correctivas.
5. Se hace seguimiento trimestral al cumplimiento de las tareas formuladas en el Plan; no obstante, no se toman las medidas oportunamente frente a las observaciones encontradas.
6. 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.
7. En algunos procesos, es tardía la formulación de las acciones de mejoramiento, producto de las auditorías internas realizadas por la Oficina de Control Interno.
8. Se hace seguimiento al cumplimiento de las tareas formuladas en el Plan de Mejoramiento Institucional; no obstante, no se toman las medidas oportunamente frente a las observaciones encontradas.
9. El resultado de la evaluación y seguimiento a los indicadores formulados, genera incertidumbre en la medida en que

FUNCIÓNARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		02/11/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		02/11/2016

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.

la información soporte no se encuentra actualizada por los responsables de área, situación que no permite la toma de decisiones oportunas y acertadas.

10. Las actividades programadas y desarrolladas para el fortalecimiento de la Cultura de Autoevaluación no han tenido el impacto necesario para generar cultura institucional.
11. 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.
12. 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.

Fortalezas

1. Conforme a la aprobación del Plan de Auditorías correspondiente a la vigencia 2016, se reprogramo para septiembre el cronograma para la Auditoria al proceso de Recursos Financieros y la Auditoria Gestión de Riesgos y de Calidad.
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.
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.

EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dificultades

1. La Entidad tiene adoptada Tablas de Retención Documental-TRD para todos los procesos, excepto el Proceso de Comunicaciones; no obstante, 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 - AGN.
2. La Entidad no ha ajustado para algunos procesos los expedientes creados en el gestor documental (ORFEO), de conformidad con las observaciones formuladas por el Archivo General de la Nación - AGN.
3. Debilidades en la operatividad del Gestor Documental ORFEO, a razón de los inconvenientes técnicos surtidos en los últimos meses.
4. La información producto de algunos procesos, no guarda las características correspondientes al buen uso, es decir que sea precisa, completa, confiable, oportuna entre otras. Situación que genera incertidumbre y dificulta el desempeño misional de la Entidad.
5. Falta de Políticas para el manejo de la Gestión Documental de conformidad con lo previsto por el artículo 6 del Decreto 2609 de 2012

FUNCIÓNARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		02/11/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		02/11/2016
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.			

6. El Sistema información que dispone la Entidad, no tiene la robustez para mantener la integridad de la información.
7. Actualizar el MANUAL DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA de conformidad con los últimos cambios en Entidad.

Fortalezas

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. Las Tabla de Retención Documental se encuentra en proceso de actualización, de conformidad a lo ordenado por el AGN.
4. La Entidad cuenta con mecanismos que garantizan la difusión de información pública sobre su funcionamiento, gestión y resultados.
5. 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.
6. Se definió e implementó un Plan de Medios para la vigencia 2016, como estrategia para el uso de los medios de comunicación en la Entidad.
7. 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 conformidad con la encuesta MECI: 2014 formulada por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, se realizó la evaluación al Sistema de Control Interno en la Entidad. Resultado de la actividad se reveló un nivel de madurez **SATISFACTORIO**² correspondiente al 74,3%; valor obtenido luego de la ponderación absoluta de cada una de las preguntas formuladas para los elementos que integran los tres componentes evaluados. A continuación, se relaciona los puntajes obtenidos en cada uno de los componentes.

COMPONENTES	PUNTAJE DEL PERIODO	NIVEL DE MADUREZ
Eje Transversal: Información y Comunicación	3,67	SATISFACTORIO
Módulo de Control de Planeación	4,07	SATISFACTORIO
Módulo de Control Evaluación y Seguimiento	4,07	SATISFACTORIO
INDICADOR DE MADUREZ MECI	74,3%	SATISFACTORIO

Avances identificados en el periodo frente al estado general del Sistema de Control Interno:

1. Se conformó en la Entidad el colectivo de Agentes de Cambio para la Gestión Ética, mediante Resolución interna No. 20163100040977 del 14 de junio de 2016; con el propósito de crear el comité de ética, como instancia organizacional encargada de promover y liderar el proceso de implementación de la gestión Ética.
2. Cumplimiento oportuno en la suscripción de los Acuerdos de gestión con los gerentes públicos, estableciendo los objetivos e indicadores a cumplir en el desarrollo ha lo propuesto para la vigencia 2016, de conformidad con lo la

² Instructivo DAFP para la Interpretación de Factores y Nivel de Madurez; nivel de madurez entre el rango de 66 – 90%.

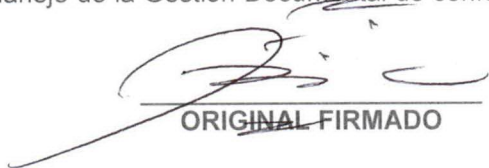
FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		02/11/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		02/11/2016
Los arriba firmantes declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad, lo presentamos para la firma.			

metodología definida por el DAFP. Ley 909 de 2004.



3. A través del uso de la herramienta de autocontrol, la Oficina de Control Interno ultimó reunión con la Oficina de Planeación, con el propósito de que el líder del Sistema de Gestión de Calidad en la Entidad, concientizara a los responsables de los procesos sobre la importancia de incorporar a su gestión la cultura de autocontrol; con el objetivo de fortalecer y afianzar los fundamentos previstos por Sistema de Gestión de Calidad y de Control Interno – MECI. Así mismo, socializar las oportunidades de mejora identificadas en los Informes de resultados generados por la Oficina de Control Interno durante la vigencia, con objetivo de formular acciones conducentes a eliminar las causas de las observaciones detectadas.
4. Acompañamiento y asesoría por parte de la Oficina de Control Interno y de la Oficina de Planeación, para el proceso de formulación del Plan de Mejoramiento suscrito con la CGR en el primer semestre de la vigencia 2016.
5. Conforme a la aprobación del Plan de Auditorías correspondiente a la vigencia 2016³, se reprogramo para septiembre el cronograma para la Auditoria al proceso de Recursos Financieros y la Auditoria Gestión de Riesgos y de Calidad.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

1. Continuar con la formulación de acciones correctivas y preventivas, resultado de los Informes de Auditorías Internas, Seguimiento y Evaluaciones de la Oficina de Control Interno, ejercicios de autoevaluación y demás fuentes para efectos de subsanar las No Conformidades o debilidades detectadas.
2. Identificar las causas por las cuales se presentan deficiencias en el seguimiento de las acciones correctivas o preventivas formuladas actualmente en los Planes por parte de algunos responsables de procesos; situación que a la fecha ha provocado incumplimientos en las tareas a desarrollar entre las fechas previstas. Hecho que promueve la materialización de un riesgo y posibilita la generación de acciones recurrentes.
3. Implementar los procedimientos y criterios establecidos en el Manual de Planes institucionales versión 14, frente a la verificación, seguimiento y evaluación del Plan de Acciones Correctivas y Preventivas, con el propósito de evitar la reiteración y la posibilidad de la materialización de un riesgo.
4. Aplicar los procedimientos y controles definidos por la Entidad para el proceso de formulación, verificación y seguimiento de las acciones correctivas y preventivas, tendientes a mitigar las causas de los hallazgos identificados como producto del proceso auditor ultimado por la CGR en el primer semestre de la vigencia 2016; minimizando de esta manera la reiteración de la ocurrencia.
5. A partir de un diagnóstico integral generado mediante la autoevaluación por proceso, identificar aquellos indicadores que no revelan información suficiente, completa y oportuna en el módulo de indicadores del Sistema de Gestión Administrativa (SUITE). Situación que no permite asegurar la eficiencia, efectividad y utilidad, para los cuales fueron formulados.
6. Definir dentro del proceso de autoevaluación, un mecanismo que permita establecer el nivel de cumplimiento del desempeño de los procesos.
7. Fomentar la cultura de autoevaluación a través de los líderes de procesos a su equipos de trabajo, con el propósito fortalecer la gestión del área a partir de capacitaciones programadas.
8. Definir el alcance y necesidad de implementar un Plan de Comunicaciones para la Entidad, frente al Plan de Medios aprobado para la vigencia 2016.
9. Formular Políticas para el manejo de la Gestión Documental de conformidad con lo previsto por el artículo 6 del Decreto 2609 de 2012.


ORIGINAL FIRMADO

³ Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno del 2 de mayo de 2016

FUNCIONARIO O ANALISTA	NOMBRE	FIRMA	FECHA
Tramitado y Proyectado por	Omar A. Hernández Calderón		02/11/2016
Revisado para firma por	Rita Cecilia Cotes Cotes		02/11/2016

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.