

INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI)

LEY 1474 DE 2011 (ARTICULO. 9)

13 de Noviembre de 2016 al 12 de Marzo de 2017

RUBY LUCIA AGUIRRE TORRES - DIRECTORA DE CONTROL INTERNO

Tabla de contenido

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	2
1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO	2
1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.	2
1.1.2 Desarrollo del Talento Humano	2
1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	2
1.2.1 Planes, Programas y Proyectos	2
1.2.2 Modelo de Operación por Procesos	3
1.2.3 Estructura Organizacional	3
1.2.4 Indicadores de Gestión	3
1.2.5 Políticas de Operación	4
1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	4
1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo	4
1.3.2 Identificación del Riesgo	4
1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo	5
2 MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	7
2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL	7
2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión	7
2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA	7
2.2.1 Auditoría Interna	7
2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO	8
2.3.1 Plan de Mejoramiento	8
3 EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	9
ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	10
RECOMENDACIONES	11

13 de noviembre de 2016 al 12 de marzo de 2017.

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.

Dificultades:

Cambios e ingreso de nuevos funcionarios a la Administración Departamental, dificulta la apropiación adecuada de acuerdos, compromisos y protocolos éticos. Se debe generar acciones específicas por parte del subproceso de gestión del talento humano para generar el compromiso y la apropiación adecuada en este componente.

Avances:

En el proceso de inducción-reinducción a funcionarios, se recuerda éste componente, y se hace hincapié en la importancia de cumplir con estos lineamientos en el actuar del servidor público.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

Dificultades:

No se presentan dificultades en el elemento desarrollo del talento humano para este periodo.

Avances:

Se cumple con los requisitos legales vigentes aplicables al proceso.

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos

Dificultades:

No se presentaron dificultades en el elemento planes, programas y proyectos. Específicamente en el proyecto de implementación y mejora del Sistema Integrado de Gestión y Control no se cuenta con los recursos suficientes para dar cumplimiento a los requisitos, objetivos y metas trazados en el plan de desarrollo.

Avances:

Plan de Desarrollo vigencia 2016-2019, está siendo evaluado conforme a la normativa vigente. Se cumplen los requisitos legales vigentes aplicables a este componente.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

Dificultades:

No se presentaron dificultades en el elemento modelo de operación por procesos, desde el punto de vista de calidad para la vigencia 2016, sin embargo, se hace la salvedad que algunos procesos muestran deficiencias las cuales están detalladas en los planes de mejoramiento suscritos por el departamento, los cuales son visibles en el link de transparencia y acceso a la información.

Avances:

Se realizó auditoría externa de recertificación al Sistema de Gestión de Calidad con resultados satisfactorios para la administración. En el componente operación por procesos se evidenció madurez y conformidad con los requisitos de norma aplicable.

De igual manera se suscribieron los planes de mejoramiento productos de auditorías y adicionalmente se realizó seguimiento durante el periodo.

1.2.3 Estructura Organizacional

Dificultades:

Estructura organizacional actual desactualizada.

Avances:

Se cuenta con estudio realizado por la ESAP para la reorganización administrativa de la planta de personal y manual de funciones, la cual se empezará a ejecutar en la vigencia 2017.

La entidad tiene una estructura flexible que le permita trabajar por procesos, donde se identifican niveles de responsabilidad y autoridad.

1.2.4 Indicadores de Gestión

Dificultades:

Se debe continuar fortaleciendo apropiación frente a los indicadores de gestión y lo correspondiente al análisis y mejora. Los indicadores que se generen en el proceso deben aportar a la mejora continua.

Avances:

Se realizó auditoría externa de recertificación al Sistema de Gestión de Calidad con resultados satisfactorios en este componente.

1.2.5 Políticas de Operación

Dificultades:

No se presentaron dificultades en el elemento políticas de operación.

Avances:

En términos generales, los procesos cumplen con el establecimiento de políticas de operación, en atención al Modelo Estándar de Control Interno –MECI- que las considera como un elemento de control del Componente Direccionamiento Estratégico y que tienen como propósito señalar los lineamientos sobre los cuales debe desarrollarse la actividad misional de cada proceso para que contribuya al logro de los objetivos trazados para el proceso en sí y la entidad como un todo.

Por su condición de políticas, los postulados deben ser cumplidos a cabalidad por todos los servidores públicos de la administración departamental, según su competencia e independientemente de su forma de vinculación.

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

Dificultades:

Componente de administración del riesgo, debe continuar fortaleciéndose en toda la administración y funcionarios.

Avances:

Se fortalecieron las políticas de administración del Riesgo con directrices que enmarcan todas las actividades asociadas a la administración del Riesgo y que se encuentran publicadas en el aplicativo SAIA.

1.3.2 Identificación del Riesgo

Dificultades:

Componente de administración del riesgo, debe continuar fortaleciéndose en toda la administración y funcionarios.

Avances:

Se ha mejorado el aplicativo, donde se identifican y administran los riesgos.

1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

Dificultades:

Componente de administración del riesgo, debe continuar fortaleciéndose en toda la administración y funcionarios.

Avances:

Se ha mejorado el aplicativo, donde se analizan y valoran los riesgos.

Frente al componente en general:

La Administración ha mejorado frente al componente, sin embargo, debe continuar realizándose capacitación, sensibilización en pensamiento basado en el riesgo.

Durante el mes de noviembre y diciembre se evaluaron 45 mapas de Riesgos de los procesos y subprocesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Administración Central, concluyendo que el Riesgo residual por cada proceso presenta variación con respecto al resultado de la auditoría, es decir los procesos tenían identificado en su mapa de proceso 64 Riesgos en zona BAJA, pero durante la valoración de los controles estos dieron como resultado 56, en zona MODERA pasaron de 69 a 60, mientras que aquellos que se encontraban en zona ALTA pasaron de 33 a 44 y de zona EXTREMA de 5 a 11.

Riesgos en zona BAJA y MODERA disminuyeron frente a la evaluación en 13%, mientras que los que se encuentran en zona ALTA aumentaron en 33% y zona EXTREMA en 120%.

Se identificaron 171 Riesgos contruidos de acuerdo a la metodología establecida en las políticas de administración del Riesgo, clasificados así:

Estratégicos	13
Financieros	16
Imagen	2
Cumplimiento	47
Operativos	86
Tecnológicos	7

De igual manera se compararon los tipos de Riesgo y la Zona de Riesgo donde se encuentran. Los procesos que cuentan con más Riesgos asociados son los de “Apoyo” seguido por los “Misionales”.

Apoyo	80
Estratégicos	17
Evaluación y Control	3
Misional	71

Se establecieron 280 controles donde se evidenció que el 24% afectan impacto y el 76% probabilidad, como medias adoptadas para mitigar la materialización de los Riesgos, sin embargo, la ausencia de manuales, instructivos o procedimientos, la falta de definición de los responsables del control y del seguimiento no permitieron evaluar de manera eficiente los controles de acuerdo a los criterios establecidos para determinar su eficiencia y efectividad.

Como apoyo a la dificultad anteriormente descrita la Dirección de Control Interno realizó mejoras en el aplicativo SAIA frente a la evidencia documental que debe respaldar cada uno de los criterios de valoración de controles, de manera que pueda ser fácilmente identificable para los líderes y todo el equipo de trabajo de cada uno de los procesos.

Se involucró durante el monitoreo a los Líderes de los procesos, logrando el compromiso en la búsqueda de acciones encaminadas a prevenir y administrar los Riesgos.

2 MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

Dificultades:

No todos los procesos utilizan la herramienta de autoevaluación como un instrumento de mejora continua.

Avances:

En este periodo algunos de los procesos realizaron autoevaluación, el cual fue insumo para la revisión por la dirección vigencia 2016. En esta revisión se consolidó la información para la toma de decisiones y mejora continua del SGC.

2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

2.2.1 Auditoría Interna

Auditorías Internas de Calidad

Dificultades:

En este periodo no se presentan dificultades en este componente.

Avances:

En este período se realizaron las auditorías por los integrantes de calidad, objeto de ellos se suscribieron planes de mejoramiento a las deficiencias encontradas, informes que reposan en la Secretaría Administrativa.

Auditorías Control Interno

El Nivel de cumplimiento de las 37 auditorías de Control Interno programadas y realizadas durante la vigencia 2016 fue del 100%.

En el desarrollo de las 37 auditorías realizadas por 6 contratistas y dos funcionarios de planta se identificaron 91 hallazgos positivos, 131 negativos, 90 observaciones y 453 recomendaciones en general para todos los procesos-

La Dirección de Control Interno en cumplimiento de su rol como evaluador independiente, presentó ante el comité de Coordinación del Sistema Integrado de Gestión y Control el programa anual de auditorías internas vigencia 2017 para su aprobación.

2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1 Plan de Mejoramiento

Dificultades:

Debe continuar fortaleciéndose este componente en la administración.

Avances:

Fueron revisados ciento cincuenta y cinco (155) planes de mejoramiento suscritos a Noviembre 30 de 2016, los cuales contienen novecientos cincuenta y tres (953) hallazgos administrativos, Observaciones y No conformidades, producto de auditorías Internas, Externas y de Autoevaluación de diferentes procesos.

1. AVANCE POR SECRETARIA RESPONSABLE

Se realizó seguimiento a los compromisos pactados en los 155 planes de mejoramiento suscritos por cada una de las Secretarías, donde se registra un nivel promedio de cumplimiento general al 76%, incrementado su rendimiento con respecto a la evaluación del primer semestre en cual fue evaluado en un 70%.

Durante la verificación de los planes de mejora se lograron terminar 78 planes de mejora que alcanzaron un nivel de cumplimiento superior al 90%, 67 que continúan en ejecución y 10 más que están pendientes de aprobación y cuyo plazo para hacerlo se encuentra vencido.

Es importante tener presente que a pesar que los planes se terminen teniendo un avance superior al 90%, las acciones continuaran registrándose en los “hallazgos pendientes” de cada funcionario, independiente si el plan ha sido terminado o no, por lo que se recomienda estar revisando de manera periódica el módulo de planes de mejoramiento

2. AVANCE ACCIONES DE MEJORA POR SECRETARIA

Como producto de la suscripción de los 155 planes de mejora, se pactaron 953 compromisos, para los cuales se registra avance del 100% a 620 compromisos de 953 es decir se ha dado cumplimiento al 65% de las acciones de mejora propuestas, el 30% se encuentran vencidas o por vencer al 31 de diciembre del 2016 y el 10% restante tiene plazo de cumplimiento en la vigencia 2017.

3. AVANCE TIPO DE AUDITORIA

Al realizar seguimiento del nivel de avance verificado de acuerdo al tipo de auditoria, se determina el estar dando mayor grado de cumplimiento a los planes de mejoramiento

generado por autoevaluaciones 92.57% seguidas de las internas con 76.83 % y externas 71.25%.

4. AVANCE TIPO DE AUDITOR

Dentro de los 155 planes de mejoramiento se encuentra con un avance del 100% aquellas realizadas por Bureau Veritas, seguidas por INVIMA y por los jefes inmediatos (planes de mejoramiento individual).

Los planes producto de auditorías internas realizadas por la Dirección de Control Interno y auditores internos de calidad representan el 82% de los planes suscritos es decir de 155 planes 127 corresponden a ejercicios internos de auditoria.

El avance a los compromisos pactados detallado por tipo de auditor y su porcentaje de desempeño registra el cumplimiento a 620 compromisos y pendiente de registrar avance del 100% a 283 compromisos, siendo las auditorías realizadas por la Contraloría General de Risaralda donde se presenta mayor atraso en el registro de avance a los compromisos pactados con un 40%, seguidos por el Ministerio de Educación con un 44% y la Contraloría General de la República con un 54%.

Se reitera que el incumplimiento inferior al 80% de las acciones de mejora propuesta por el Departamento para con las Contralorías General de la República y de Risaralda, genera un proceso administrativo sancionatorio a la entidad, pero también es pertinente recordar que el incumplimiento de los planes de mejoramiento generados con ocasión a auditorías internas, podrían dar lugar a investigaciones de tipo disciplinario, máxime que el no cumplimiento de ellas conlleve a la afectación de la función pública, por lo tanto se debe tener presente las recomendaciones de esta Dirección frente al cumplimiento de planes de mejoramiento y efectividad de las acciones propuesta.

5. AVANCE TIPO DE PLAN DE MEJORAMIENTO

Los planes de mejoramiento individuales son los que presentan mayor avance con un porcentaje del 83.33%, seguidos por los de proceso 78.40%. Los planes de mejoramiento Institucionales se encuentran en el 71.05% de avance y representan en su mayoría los compromisos pactados con los entes de control externo.

3 EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dificultades:

Se debe continuar fortaleciendo la comunicación interna en toda la administración departamental.

Avances:

Se cuenta con proceso documentado y estructurado en la administración departamental para el fortalecimiento de las comunicaciones externas e internas.

Para que se logre el cumplimiento de los objetivos generales y específicos establecidos por el Decreto 2573 del 2015, el Decreto 1078 de 2015 y Manual de Gobierno en línea, se debe continuar trabajando de manera articulada por parte de la Administración Departamental, apropiándose de cada uno de los componentes planteados en ellos, toda vez que la Estrategia de Gobierno en Línea es transversal a todos los procesos de la Administración.

La Administración Departamental continúa trabajando en el fortalecimiento del aplicativo Web “**Sistema de PQRS**” y del Sistema de Información SAIA, los cuales trabajan de forma articulada, con el fin de hacer más eficaz y efectivo el seguimiento y los tiempos de respuesta, así brindar un mejor servicio a la comunidad

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno para la entidad, debido a que es integrado al Sistema de Gestión Integral evidencia sostenimiento del mismo para el periodo evaluado.

Se presentó ante el Departamento Administrativo de la Función Pública el Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión, por medio del aplicativo en línea FURAG para el monitoreo, evaluación y control de los resultados institucionales del Modelo Estándar de Control Interno y del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

El anterior monitoreo arrojó un indicador de madurez SATISFACTORIO con una calificación del 83.8%.

Es decir, la Entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos. La Política de Riesgos es conocida y aplicada por todos los procesos. Se cuenta con mapas de riesgos por proceso y el institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos.

FACTOR	PUNTAJE 2016	NIVEL
ENTORNO DE CONTROL	3.53	INTERMEDIO
INFORMACION Y COMUNICACION	4.33	SATISFACTORIO
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	4.68	SATISFACTORIO
ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS	4.61	SATISFACTORIO
SEGUIMIENTO	4.62	SATISFACTORIO
INDICADOR DE MADUREZ MECI	83.80%	SATISFACTORIO

RECOMENDACIONES

MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACION

La Dirección de Recursos Humanos en aras de continuar fortaleciendo los acuerdos, compromisos y protocolos éticos, deberá generar con acompañamiento de las diferentes dependencias del Departamento nuevas acciones para lograr su adecuada apropiación.

La alta dirección debe continuar fortaleciendo el modelo de operación por procesos, de igual manera fortalecer la gestión del riesgo en toda la Administración.

La Secretaría de Planeación, en trabajo mancomunado con todas las dependencias del orden territorial, continuarán con el seguimiento oportuno a los planes de acción. En caso que se evidencie incumplimiento de metas, deberá generarse acciones de mejoramiento en pro de su cumplimiento.

El representante legal debe asignar los recursos requeridos para garantizar el adecuado funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión y Control y para el cumplimiento de objetivos y metas trazados en el plan de desarrollo vigente 2016-2019, tal y como quedo evidenciado en el memorando radicado no. 1926 y en acta no. 01 de Comité Coordinador del SIGyC de febrero de 2017.

MÓDULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

La alta dirección debe continuar fortaleciendo competencia de auditores, lo cual deberá estar incluida en el Plan Institucional de Capacitación (PIC).

La Dirección de Control Interno y la Coordinación de Calidad deberán realizar auditorías conjuntas para no desgastar los procesos, no generar duplicidad de hallazgos ni de planes de mejoramiento.

Los líderes y coordinadores de calidad de cada proceso deben fortalecer las competencias en planes de mejoramiento. Definir acciones a tomar para aquellos procesos que no presentan evidencias objetivas frente al cumplimiento de acciones, o presentan hallazgos reiterativos, es decir no se evidencia eficacia en los planes de mejoramiento.

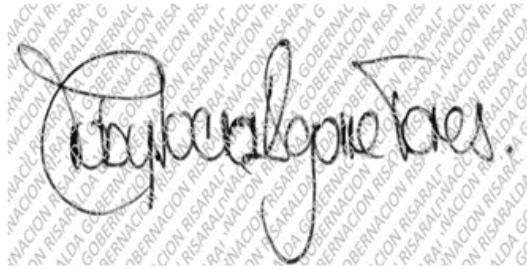
EJE TRANSVERSAL INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La alta dirección mantendrá los mecanismos para identificar la información externa. (Recepción de Peticiones, Quejas, Reclamos y/o Denuncias, Buzón de sugerencias, Encuestas de satisfacción, entre otras), así mismo se fortalecer los mecanismos de comunicación con los usuarios internos y externos, soportados en políticas y procedimiento que deben contener entre otros, los siguientes elementos: matriz de

comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria.

Cada una de las Secretarías que conforman la administración central, mantendrán la información de manera oportuna e integrada, con el objeto que sirva de insumo para la tomar decisiones respecto a riesgos y controles.

Es importante que la alta Dirección a fin de garantizar el cumplimiento de las anteriores acciones realicen mediaciones periódicas y objetivas.

A handwritten signature in black ink, reading "Ruby Lucia Aguirre Torres". The signature is written in a cursive style. The background of the page is covered with a repeating, faint watermark text that reads "GOBIERNO DE LA CIUDAD DE GUATEMALA" and "SECRETARÍA DE CONTROL INTERNO".

RUBY LUCIA AGUIRRE TORRES

Directora de Control Interno