

**OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**INFORME SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO Y DE MANEJO DE  
RIESGOS-ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS DEL SISTEMA DE  
GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**SEGUIMIENTO REALIZADO POR:**

BLANCA ISABEL RODRÍGUEZ SÁENZ  
MARÍA YASMÍN ÁVILA PACHECO  
ESMERALDA CABALLERO  
CON EL APOYO DE ROSARIO GONZÁLEZ DÍAZ  
MARÍA TATIANA ROJAS NARANJO  
ANGÉLICA MARÍA VARGAS GUEVARA  
JAIRO ENRIQUE RUIZ ESPITIA  
JORGE AURELIO TABARES VARGAS

**REALIZACION DEL INFORME**

JORGE AURELIO TABARES VARGAS

**JULIO DE 2012**

## TABLA DE CONTENIDO

Pág.

<b>INFORME SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO Y DE MANEJO DE RIESGOS-ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS A JUNIO DE 2012.....</b>	<b>3</b>
<b>1. OBJETIVO .....</b>	<b>3</b>
<b>2. METODOLOGÍA .....</b>	<b>3</b>
<b>3. ALCANCE.....</b>	<b>3</b>
<b>3 .....</b>	<b>3</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>4</b>
<b>4.1. PLAN DE MEJORAMIENTO-ANEXO 1, ACCIONES CORRECTIVAS .....</b>	<b>4</b>
4.1.1. Hallazgos Abiertos por Origen .....	6
4.1.2. Hallazgos Abiertos por Proceso: .....	6
4.1.3. Análisis de Resultados por Vigencias: .....	7
4.1.4. Seguimiento por Procesos .....	7
<b>4.2. PLAN MANEJO RIESGOS-ANEXO 2, ACCIONES PREVENTIVAS.....</b>	<b>17</b>
4.2.1. Análisis de Resultado por Vigencia – Riesgos .....	18
4.2.2. Seguimiento por Procesos .....	19
<b>4.3. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>22</b>

## **INFORME SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO Y DE MANEJO DE RIESGOS-ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS A JUNIO DE 2012**

### **1. OBJETIVO**

Verificar la eficacia de las acciones correctivas y preventivas implementadas por parte de los responsables de los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Contraloría de Bogotá, así como el seguimiento realizado por cada uno de ellos, de acuerdo con los parámetros establecidos en el Procedimiento para la Implementación de Acciones Correctivas Preventivas y de Mejora Continua, establecido en la Resolución Reglamentaria No. 005 de 2011.

### **2. METODOLOGÍA**

La verificación se efectuó mediante inspección física a la documentación y/o soportes correspondientes para la implementación de las acciones, así como entrevistas a los funcionarios de diversos niveles jerárquicos, cruce de información y los que se consideraron necesarios para llevar a cabo el objetivo.

### **3. ALCANCE**

El seguimiento se realizó a los ocho (8) procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Entidad, con corte a junio de 2012, de conformidad con los términos establecidos por la Circular No. 20000-08673 de junio 15 de 2010, así:

1. Orientación Institucional
2. Enlace con los Clientes
3. Prestación de Servicios MACRO
4. Prestación de Servicios MICRO
5. Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva
6. Gestión Humana
7. Recursos Físicos y Financieros
8. Evaluación y Control.

#### **3.1 ORIGEN DE LOS HALLAZGOS**

Se establece según la fuente de los hallazgos o no conformidades así:

##### **Anexo 1:**

1. Autoevaluación, Informe de Revisión por la Dirección e Informes de Gestión por Proceso.

“Credibilidad y confianza en el control”

2. Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno.
3. Auditoría Interna de Calidad.
4. Auditoría Externa de Calidad.
5. Auditoría General de la República.
6. Auditoría Fiscal.
7. Peticiones, quejas y reclamos.
8. Otros.

**Anexo 2:**

- Origen 1: Autoevaluación
- Origen 2: Control Interno
- Origen 3: Auditoría Interna de Calidad
- Origen 4: Auditoría Externa de Calidad
- Origen 5: Auditoría General de la República
- Origen 6: Auditoría Fiscal ante la Contraloría de Bogotá
- Origen 7: Acciones Ciudadanas
- Origen 8: Riesgo Antijurídico ( Comité de Conciliación)
- Origen 9: Otros

**4. RESULTADOS**

De acuerdo con el seguimiento efectuado en cada uno de los procesos, se obtuvo el siguiente resultado para el Plan de Mejoramiento y de Manejo de Riesgos, respectivamente:

**4.1. PLAN DE MEJORAMIENTO-ANEXO 1, ACCIONES CORRECTIVAS**

De un total de 196 hallazgos formulados, al final del semestre, fueron cerrados 19 y solicitado y/o reiterada la solicitud de cierre a los entes de control a 98 (AGR y AF), que equivalen al 59.7%, gracias a la eficacia de las acciones implementadas.

**Tabla No. 1**  
**Seguimiento Plan de Mejoramiento-Anexo 1 a 30/06/2012**

No.	PROCESO	ORIGEN	C	A	REITERACIÓN CIERRE	SOLICITUD CIERRE	TOTAL
1	ORIENTACIÓN INSTITUCIONAL	4	0	0	0	1	1
		6	0	2	1	0	3
	SUBTOTAL ORIENTACIÓN		0	2	1	1	4
2	ENLACE CON LOS CLIENTES	3	1	-	-	-	1
		4		0	1	0	1
		5	0	0	10	0	10
		6	0	0	8		8

**“Credibilidad y confianza en el control”**

No.	PROCESO	ORIGEN	C	A	REITERACIÓN CIERRE	SOLICITUD CIERRE	TOTAL
	<b>SUBTOTAL ENLACE</b>		<b>1</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>20</b>
3	<b>MICRO</b>	2	10	4	0	0	14
		3	3	0	0	0	3
		4	0	0	0	2	2
		5	0	1	0	0	1
		6	0	0	0	10	10
	<b>SUBTOTAL MICRO</b>		<b>13</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>30</b>
4	<b>MACRO</b>	2	0	3	0	0	3
		3	2	0	0	0	2
		6	0	1			1
	<b>SUBTOTAL MACRO</b>		<b>2</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
5	<b>RESPONSABILIDAD FISCAL Y JURISDICCIÓN COACTIVA</b>	2	0	9	0	0	9
		5	0	6	0	0	6
	<b>SUBTOTAL RFJC</b>		<b>0</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
6	<b>GESTIÓN HUMANA</b>	2	1	4	0	0	5
		5	0	0	1	0	1
		6	0	1	7	0	8
	<b>SUBTOTAL GESTIÓN HUMANA</b>		<b>1</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>14</b>
7	<b>RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS</b>	2	3	10	0	0	13
		5	0	21	6	3	30
		6	0	16	34	6	56
	<b>SUBTOTAL RF Y F</b>		<b>3</b>	<b>47</b>	<b>40</b>	<b>9</b>	<b>99</b>
8	<b>EVALUACIÓN Y CONTROL</b>	1	0	1	0	0	1
		4	0	0	0	2	2
		6	0	1	8	0	9
	<b>SUBTOTAL EVALUACIÓN Y CONTROL</b>		<b>0</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>12</b>
<b>ORÍGENES</b>	<b>CONSOLIDADO POR ORÍGENES</b>	1	0	1	0	0	1
		2	14	30	0	0	44
		3	6	0	0	0	6
		4	0	0	1	5	6
		5	0	28	17	3	48
		6	0	21	58	16	95
	<b>GRAN TOTAL</b>		<b>20</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>24</b>	<b>200</b>

FUENTE: Planes de Mejoramiento Procesos SGC Contraloría de Bogotá, a junio 30 de 2012.

C: cerradas A: Abiertas. Los orígenes se relacionan así: Origen: 1. Auto evaluación; 2. Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno, 3. Auditoría Interna de Calidad; 4. Auditoría Externa de Calidad; 5. Auditoría General de la República; 6. Auditoría Fiscal; 7. Petición, quejas y reclamos; 8. Otros.

Respecto de la solicitud de cierre y/o reiteración de la solicitud de hallazgos, fue solicitado a la Auditoría Fiscal el cierre de 16 hallazgos y reiterada la solicitud de cierre de 58, para un total de 74. A la Auditoría General de la República, se

solicitó el cierre de 3 hallazgos y le fue reiterada la solicitud de cierre de 17, para un total de 20.

#### **4.1.1. Hallazgos Abiertos por Origen**

De acuerdo con su origen, de 79 hallazgos abiertos, 30 corresponden a las Auditorías efectuadas por la Oficina de Control Interno, 27 a la Auditoría General de la República, 21 a la Auditoría Fiscal, y 1 a Autoevaluación.

##### **4.1.1.1. Hallazgos Abiertos Auditoría Fiscal-AF:**

De los 21 hallazgos abiertos formulados por la Auditoría Fiscal, 16 corresponden al Proceso de Recursos Físicos y Financieros, 2 al Proceso de Orientación Institucional, 1 al Proceso Macro, 1 al Proceso de Gestión Humana y 1 al de Evaluación y Control.

##### **4.1.1.2. Hallazgos Abiertos Auditoría General de la República-AGR:**

De los 27 hallazgos abiertos formulados por la AGR, 21 corresponden al Proceso de Recursos Físicos y Financieros, 5 al Proceso de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva y 1 al Proceso Micro.

##### **4.1.1.3. Hallazgos Abiertos Auditorías Oficina de Control Interno:**

De los 30 hallazgos abiertos formulados por la Oficina de Control Interno, 10 corresponden al Proceso de Recursos Físicos y Financieros, 9 al Proceso de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva, 4 al Proceso Micro, 4 Proceso de Gestión Humana y 3 al Proceso Macro.

##### **4.1.1.4. Hallazgos originados en Autoevaluación:**

El único proceso que formuló acciones de mejora por Autoevaluación, fue el de **Evaluación y Control**.

#### **4.1.2. Hallazgos Abiertos por Proceso:**

De los hallazgos abiertos, 47 corresponden al Proceso de Recursos Físicos y Financieros, 14 al de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva, 5 al de Prestación de Servicios Micro, 5 al de Gestión Humana, 4 al de Macro, 2 al de Orientación Institucional y 2 al de Evaluación y Control, como se aprecia en la Tabla No. 1.

#### **4.1.3. Análisis de Resultados por Vigencias:**

Comparando los resultados obtenidos al final de la vigencia 2010 con los de lo corrido de la actual vigencia, se pasó 316 hallazgos a 196, diferencia fundamentada básicamente en los hallazgos cerrados por parte de los entes de control externos y la Auditoría Externa de Calidad: la Auditoría Fiscal, al pasar de ciento setenta (170) a finales de 2010, a 95, la AGR, al pasar de noventa y siete (97) a finales de 2010 a 47, mientras la Auditoría Externa de Calidad se mantuvo en 4, durante los mismos periodos de análisis.

Es importante señalar que a finales de 2010, se había reiterado la solicitud de cierre de ciento siete (107) hallazgos formulados por la AF, pasando a primer semestre de 2012 a 58 y de 42 solicitudes de cierre se pasó a 16.

Con referencia a la AGR, se pasó de setenta (70) reiteraciones de solicitud de cierre y diez solicitudes a finales de 2010, a 17 reiteraciones y 3 solicitudes a junio de 2012.

Caso contrario ocurrió con el número de hallazgos formulados por la Oficina de Control Interno en sus diferentes informes, al incrementarse de una vigencia a otra, al pasar de 39 en 2010 a 44 a junio de 2012 y la Auditoría Interna de Calidad, al pasar de 7 en 2010 a 5 a junio de 2012, lo que demuestra la labor de la Oficina de Control Interno en la formulación de hallazgos y observaciones a la totalidad de procesos, a través del seguimiento y verificación permanentes que redundan en la implementación de acciones eficaces por parte de los responsables de procesos y luego de sugerirse y/o reiterarse tal solicitud, conducen necesariamente a su consecuente cierre por parte de los entes de control, además, por supuesto, del cierre directo de los hallazgos formulados por la Oficina.

#### **4.1.4. Seguimiento por Procesos**

Como resultado del seguimiento efectuado a cada uno de los Proceso del Sistema de Gestión de la Calidad, a junio e 2012, se obtuvo:

##### **4.1.4.1. Proceso de Orientación Institucional**

A partir del seguimiento del hallazgo de origen 4, Auditoría Externa de Calidad, se estableció el cumplimiento de las acciones propuestas, para lo cual, la Oficina de Control Interno realizará el trámite respectivo ante la entidad certificadora para solicitar su cierre; no obstante, se debe mantener en el anexo hasta su confirmación.

**“Credibilidad y confianza en el control”**

De los 3 hallazgos de origen 6, Auditoría Fiscal, se mantienen 2 abiertos para seguimiento y se determinó el cumplimiento por la eficacia de las acciones de uno, para el cual se tramitará su cierre ante la Auditoría Fiscal.

Es importante señalar que la Oficina de Control Interno, en el seguimiento a reportar a la Auditoría Fiscal del Plan de Mejoramiento con corte a junio de 2012, formalizará el trámite de las diferentes solicitudes de ajuste, para este caso, se menciona la solicitud que realiza el Proceso de Orientación frente al hallazgo 8. Proyecto 7440, donde solicita ampliación de fecha a 30 diciembre de 2012, para lo cual se solicita justificar de manera detallada las razones que soportan dicha solicitud.

#### **4.1.4.2. Proceso Enlace con los Clientes**

Actualmente, el Plan contiene 10 hallazgos de origen 5, Auditoría General de la República, para los cuales, se sugirió el cierre en seguimientos anteriores.

Igual situación se presenta respecto a los 8 hallazgos, correspondiente al origen 6, (Auditoría Fiscal) y al hallazgo de origen 4, Auditoría Externa de Calidad.

Lo anterior, significa que actualmente el Proceso no tiene hallazgos abiertos; se debe esperar el seguimiento por parte de los Entes de Control.

#### **4.1.4.3. Proceso de Prestación de Servicios Micro**

De un total de 20 hallazgos abiertos, fueron cerrados 13; se sugirió el cierre de 12 de origen 4 y 6, a la espera del pronunciamiento de la Auditoría externa y Fiscal respectivamente.

Del total de hallazgos cerrados, 10 corresponden a evaluaciones de la Oficina de Control Interno y 3 a la Auditoría Interna de Calidad.

Continúan abiertos 5 hallazgos, de los cuales 1 corresponde a la Auditoría General de la República y 4 a la Oficina de Control Interno; 2 son comunes a las Direcciones Sectoriales:

- ◆ **Hallazgo 2.2.2.1**, de la Auditoría Fiscal, relacionado con “Debilidad significativa en los controles de los registros derivados de las mesas de trabajo”.
- ◆ **Hallazgo de la Auditoría General de la República**, concerniente a “Establecer y poner en marcha el aplicativo del Observatorio a la contratación de obra pública, como línea de Política institucional, para monitorear en tiempo real la contratación en el Distrito Capital”.



Tabla No. 2  
Plan de Mejoramiento Proceso Micro a Junio de 2012

	DIRECCIÓN	ORIGEN	C	A	REITERACIÓN CIERRE A*	SOLICITUD CIERRE A*	TOTAL
1	HÁBITAT	2	0	3	0	0	3
		3	1	0	0	0	1
		6	0	0	0	1	1
	<b>SUBTOTAL HÁBITAT</b>			<b>1</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
2	AMBIENTE	2	2	1	0	0	3
	<b>SUBTOTAL AMBIENTE</b>			<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
3	CONTROL URBANO	4	0	0	0	2	2
		5	0	1	0	0	1
		6	0	0	0	0	0
	<b>SUBTOTAL C. URBANO</b>			<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
4	EDUCACIÓN	2	2	0	0	0	2
		3	1	0	0	0	1
	<b>SUBTOTAL EDUCACIÓN</b>			<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
5	GOBIERNO	2	2	0	0	0	2
	<b>SUBTOTAL GOBIERNO</b>			<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
6	SALUD	2	4	0	0	0	4
		3	1	0	0	0	1
	<b>SUBTOTAL SALUD</b>			<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
	CONTROL SOCIAL	6	0	0	0	1	1
	<b>SUBTOTAL CONTROL SOCIAL</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
8	MOVILIDAD	6	0	0	0	6	6
	<b>SUBTOTAL MOVILIDAD</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>6</b>
9	HACIENDA	4	0	0	0	2	2
		5	0	1	0	0	1
		6	0	0	0	0	0
	<b>SUBTOTAL HACIENDA</b>			<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
10	<b>D. PLANEACIÓN</b>	2	0	0	0	0	0
<b>SUBTOTAL D. PLANEACIÓN</b>			<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
ORIGEN	<b>TOTAL MICRO POR ORIGEN</b>	2	10	4	0	0	14
		3	3	0	0	0	3
		4	0	0	0	2	2
		5	0	1	0	0	1
		6	0	0	0	10	10
	<b>TOTAL MICRO</b>			<b>13</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>12</b>

FUENTE: Informes de Seguimiento a las Direcciones Sectoriales Integrantes del Proceso Micro a 30/06/12.

**La Dirección de Hábitat y Servicios Públicos** tiene establecidos 6 hallazgos, de los cuales se cerró 1 formulado por la Auditoría Interna de Calidad, se sugiere el cierre para los hallazgos de origen 6, Auditoría Fiscal Nos. 6.5.1 y 6.52, por cuanto se implementaron las acciones propuestas, permaneciendo abiertos 3 hallazgos correspondientes a Evaluaciones efectuadas por la Oficina de Control Interno.

**En la Dirección de Educación**, fueron cerrados los 3 hallazgos, 2 correspondientes a Evaluaciones de la Oficina de Control Interno y 1 a la Auditoría Interna de Calidad.

En la **Dirección Movilidad**, fue solicitado el cierre a la Auditoría Fiscal de los 6 hallazgos (Nos. 6.1.5, 6.1.6., 6.1.8, y 6.1.9, 6.1.10, y 6.1.11), gracias a las acciones implementadas.

**En la Dirección de Gobierno**, fueron cerrados los 2 hallazgos resultantes de las Evaluaciones de la Oficina de Control Interno, por cuanto las acciones fueron cumplidas por parte de la dirección de Gobierno, con la solicitud de modificación del procedimiento del memorando de Encargo de Planeación mediante memorando 110000 - 46580 de noviembre 9 de 2011, proceso 309807, por lo tanto se cierra el hallazgo y queda pendiente la modificación del procedimiento, en razón de que en el Plan de Acción, vigencia 2012, actividad No. 29, se estableció "Actualizar los procedimientos del Proceso Micro, enfocados a construir una moderna auditoría fiscal", por parte de la Dirección de Planeación, actividad que culmina el 31/12/2012.

En la **Dirección de Salud e Integración Social**, fueron cerrados los 5 hallazgos así: 4 correspondientes a Evaluaciones realizadas por la Oficina de Control Interno y 1 por la Auditoría Interna de Calidad

Cabe Aclarar que de los cuatro (4) hallazgos cerrados correspondientes a Evaluaciones de Control Interno, 3 se cerraron porque se relacionan con la modificación de procedimientos y se evidenció que mediante memorando radicado 3-2012-13459, proceso 351459 de 11 de mayo de 2012, la Dirección de Salud solicitó a la Contralora Auxiliar la modificación de algunos procedimientos, por consiguiente, la acción fue cumplida y queda pendiente la modificación del procedimiento, en razón de que en el Plan de Acción, vigencia 2012, en la actividad No. 29 se estableció "Actualizar los procedimientos del Proceso Micro, enfocados a construir una moderna auditoría fiscal", por parte de la Dirección de Planeación, actividad que culmina el 31/12/2012.

**Las Direcciones de Control Urbano y Hacienda** registran los hallazgos comunes a las Direcciones Sectoriales ya mencionados, así como 2 formulados por la Auditoría Externa de Calidad; referentes a “Incumplimiento del procedimiento de acciones correctivas y preventivas”.

En la **Dirección Control Social y Desarrollo Local**, se sugiere el cierre del hallazgo de la AF, relacionado con la presentación de extemporaneidad en la fase de planeación.

En la **Dirección de Ambiente**, los dos (2) hallazgos de Evaluaciones de Control Interno, se cerraron porque las acciones propuestas se refieren a la modificación de procedimientos, en razón de que en el Plan de Acción, vigencia 2012, en la actividad No. 29 se estableció "Actualizar los procedimientos del Proceso Micro, enfocados a construir una moderna auditoría fiscal", por parte de la Dirección de Planeación, actividad que culmina el 31/12/2012.

#### **4.1.4.4. Proceso de Prestación de Servicios Macro**

Fueron cerrados los 2 hallazgos de origen 3, dado que las acciones propuestas se cumplieron, en especial con la adopción de nuevas versiones de procedimientos, lo cual consta en resoluciones reglamentarias recientemente promulgadas.

En tanto que los tres Hallazgos de origen 2, producto del informe Servicios que presta la Contraloría, se encuentran abiertos, dado que las acciones no han iniciado y la fecha programada para su finalización es 31/12/2012.

De igual forma, aunque las acciones propuestas para subsanar el hallazgo origen 6, Auditoría Fiscal han avanzado, se encuentra pendiente, la relativa a la capacitación que se impartirá para lograr mayor aprovechamiento del software estadístico. Está en proceso la inclusión de información a las bases de datos; recientemente se han vinculado profesionales y pasantes para cubrir esta necesidad.

#### **4.1.4.5. Proceso de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva**

Los 15 hallazgos formulados al proceso continúan abiertos, 6 corresponden a origen 5 - AGR y 9 a informes de evaluaciones practicadas por la Oficina de Control Interno.

Siete hallazgos de origen 2, son de reciente ingreso al Plan y las acciones se encuentran en proceso. Las fechas para la finalización de las acciones para los dos hallazgos restantes, fueron ampliadas, de conformidad con la solicitud del Responsable del Proceso, ambas tienen plazo para su ejecución hasta el 31 de diciembre de 2012.

Para el caso de los hallazgos de origen 5, el Proceso continúa trabajando en las acciones propuestas; las cuales están vencidas en su plazo de ejecución; se espera la respuesta de la AGR en cuanto a la reformulación de las fechas.

#### **4.1.4.6. Proceso de Gestión Humana**

De 14 hallazgos formulados al proceso, se confirma el cierre de 1 de origen 2, Evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, establecido desde el

seguimiento a marzo de la presente vigencia, reiterándose el cierre de 8 hallazgos, 7 de origen 6 y 1 de origen 5, los 4 restantes continúan abiertos para seguimiento.

Los hallazgos abiertos del anexo 1, corresponden a 4 de origen 2, Oficina de Control Interno y 1 de origen 6, Auditoría Fiscal.

Respecto del hallazgo de origen 2, “Deficiencias en el registro y documentación de las novedades”, debe retirarse del anexo por que fue cerrada en el seguimiento a marzo de 2012.

#### 4.1.4.7. Proceso de Gestión de Recursos Físicos y Financieros

Fueron cerrados 3 hallazgos de origen 2 – Oficina de Control Interno, se sugiere el cierre de 8 hallazgos, 2 de origen 5- Auditoría General de la República y 6 de Origen 6 – Auditoría Fiscal. En seguimientos anteriores se había sugerido el cierre para 40 hallazgos (6 Auditoría General y 34 a la Auditoría Fiscal).

Con relación al Hallazgo No. 6 (Vigencia 2008) Desarrollo Tecnológico, de Origen 5 Auditoría General de la República y los hallazgos Nos. 9.2.4.1. – vigencia 2008, y No. 9.4.1., Situaciones objeto de acciones correctivas – control interno contable - VIGENCIA 2008. Acciones 4 y 6 de origen 6- Auditoría Fiscal, los cuales tienen como acción: “*Entregar los módulos de Si Capital, por parte de la Dirección de Informática, con el fin de que sean utilizados por las dependencias usuarias y que se actualicen los procedimientos relacionados con dichos módulos*”.

Para el hallazgo 9.4.2.1 la acción 2 es: “*Analizar la información reportada por el sistema Si Capital y conciliar las cifras con los informes enviados a las diferentes entidades que lo requieren*”, la Oficina de Control Interno ha sugerido el cierre por el cumplimiento y eficacia de las acciones; el seguimientos para dichas acciones, se ha registrado así:

**Acción 1.** *Mediante memorando No.40000-11273 Radicado 3-2012-12825 de mayo 7 de 2012, la Directora de Informática hace entrega de los Módulos PERNO (personal y Nómina) LIMAY (Contabilidad), OPGET (Tesorería), PREDIS (Presupuesto), PAC (Plan Anualizado de Caja) y SAE/SAI (Almacén e inventarios) del aplicativo SICAPITAL a la Directora Administrativa y Financiera. Las actividades de ajustes solicitados por los usuarios finales de los Módulos quedan a cargo de la Subdirección Financiera con el apoyo técnico de la Dirección de Informática.*

**Acción 2.** *Las dependencias usuarias de los Módulos de SICAPITAL, realizan conciliaciones así: PREDIS /Presupuesto) vs. LIMAY (Contabilidad); LIMAY (Contabilidad vs. OPGET (Tesorería); LIMAY (Contabilidad) vs. SAE/SAI (Almacén e Inventarios) entre los saldos obtenidos a 30-31 de cada mes, para identificar las diferencias y realizar los ajustes necesarios.*

No obstante lo anterior y con el fin de analizar, ajustar, depurar, aclarar y concertar los hallazgos de origen 2, acciones, fechas y responsables presentados en el Plan de Mejoramiento del primer trimestre de 2012 del proceso, el 16 de mayo de 2012, se realizó reunión entre la Directora Administrativa y Financiera como responsable del proceso y la Oficina de Control Interno, en donde se concluyó que de 19 hallazgos quedaron abiertos para seguimiento<sup>13</sup>, por unificación y cumplimiento de acciones.

Es de resaltar que el plan vigente, al cual se le debe continuar efectuando seguimiento queda conformado por 47 hallazgos abiertos y 49 para los cuales se ha sugerido a los entes de control el cierre, por considerar que las acciones fueron eficaces. Al respecto, es importante tener en cuenta que, dichos hallazgos no deben ser retirados del anexo y tampoco efectuarles seguimiento; se debe esperar el concepto de las Auditorías General de la República y Fiscal ante la Contraloría de Bogotá.

Se reitera que el plan presenta hallazgos con fechas vencidas, razón por la cual, para los casos de los hallazgos de Origen 2, el Proceso debe efectuar el análisis respectivo y presentar la solicitud para la actualización del mismo. A continuación, se relacionan dichos hallazgos:

ORIGEN 2	HALLAZGO
Control interno Contable	<b>Octubre de 2011:</b> 2.2.5, 2.2.8, 2.2.9. <b>Diciembre 2011:</b> 2.2.7.

Se recuerda que la solicitud de ampliación de términos en la ejecución de las acciones propuestas para los hallazgos de Origen 5 Auditoría General de la República y 6 Auditoría Fiscal, se debe realizar antes del vencimiento de las mismas, por cuanto cumplido el plazo, sin que las acciones hayan llegado a su término, la Entidad corre alto riesgo de ser sancionada.

En este punto y dado que en el seguimiento de marzo del año en curso, se había mencionado el hallazgo 2.2.11, quedando pendiente la legalización del anticipo por \$432.000.000,00, es conveniente apuntar que el mismo se cierra por cuanto se verificó en los Auxiliares con corte a abril 30 de 2012, el registro realizado el día 02 de abril sobre la legalización del anticipo otorgado a la firma LINK MARKETING VISUAL SAS- LINK MV SAS, quedando la cuenta No.142012001"Anticipo" con saldo cero.

#### 4.1.4.8. Proceso de Evaluación y Control

De los 12 hallazgos correspondientes a los orígenes 1, Autoevaluación, 4, Auditoría Externa de Calidad y 6, Auditoría Fiscal, fue reiterada por parte de la OCI, la solicitud de

**“Credibilidad y confianza en el control”**

cierre de 8 formulados por la Auditoría Fiscal (vigencias 2008 y 2009) y 2 por la Auditoría Externa de Calidad, gracias a la eficacia de las acciones implementadas, permaneciendo abiertos 1 de origen 6 y 1 de origen 1, para una efectividad del 83.3%.

A continuación se detalla el estado de cada uno de los hallazgos incluidos en el Plan de mejoramiento del proceso Evaluación y Control:

### **Reiteración de Cierre de Hallazgos**

Fue reiterada la solicitud de cierre del hallazgo correspondiente a la vigencia 2008, por la eficacia de la acción implementada:

#### **Auditoría Fiscal, Vigencia 2008**

Con relación al hallazgo formulado por la AF para la vigencia 2008, del seguimiento efectuado al Plan de Mejoramiento del Proceso Evaluación y Control con corte a junio de 2012, por la eficacia de la acción, fue reiterada la solicitud de cierre:

1. Con relación al hallazgo: **“La Oficina de Control Interno no viene cumpliendo con el inciso 3 del artículo 65 de la Ley 80 de 1993, como quiera que no ejecuta ningún tipo de actividad tendiente a verificar los procesos precontractuales que lleva a cabo el sujeto de control”**, se evidenció la realización por parte de la Oficina de Control Interno-OCI, de la evaluación correspondiente a la etapa precontractual del primer semestre 2011, como consta en el informe definitivo a la contratación segundo semestre de 2010, control previo a los contratos en trámite.

#### **Auditoría Fiscal, Vigencia 2009**

Con relación a los 7 hallazgos formulados por este mismo ente de control para la vigencia 2009, del seguimiento efectuado al Plan de Mejoramiento del Proceso Evaluación y Control con corte a junio de 2012, por la eficacia de las acciones, fue reiterada la solicitud de cierre para ellos, así:

1. Respecto del hallazgo **12.1, “...incumplimiento del artículo tercero de la resolución reglamentaria 11 de 2005, por parte de la Oficina de Control Interno, en el sentido de no adelantar la verificación del cumplimiento de los objetivos, metas y actividades contenidos en cada proyecto, como lo indica la citada norma”**, se verificó el cumplimiento de los objetivos, metas y actividades contenidos en cada proyecto, como consta en el informe definitivo de seguimiento a los proyectos de inversión, vigencia 2010 y tercer trimestre de 2011.
2. Con relación a los Hallazgos **1 y 11, relacionado con 2.1.1. “PAPELES DE TRABAJO...Se encontró además, que no se cuenta con un archivo especial que facilite la consulta ni que identifique los seguimientos realizados al plan de mejoramiento institucional...y No. 2.2.3.2.3. EVALUACIONES INDEPENDIENTES Dentro de los registros del procedimiento de**

**Evaluaciones Independientes, no se evidencian puntos de supervisión a las auditorías internas...**”, fue constatada la modificación del Procedimiento para las Evaluaciones Independientes (R. R. No. 014 de 2011), respecto de la incorporación, entre otros aspectos, del punto de control relacionado con la verificación de la referenciación de los mismos por parte de la Jefe de Oficina, así como la referenciación de los Papeles de Trabajo, correspondiente a las evaluaciones: Seguimiento a los Planes Institucionales; Auditoría a los Inventarios de la Entidad; Evaluación al Sistema de Control Interno Contable; Auditoría a los Proyectos de Inversión y Seguimiento Planes de Mejoramiento y de Manejo de Riesgos, Anexos 1 y 2.

3. En lo referente al **Hallazgo 2, respecto de 2.2.1.1.1 “COMITÉ COORDINADOR DEL SCI...las actas por sí mismas, como evidencias documentales y registros dentro del SGC dejan entrever debilidades de control específico que impide la toma de decisiones oportuna”**, fue evidenciado en el orden del día de las Actas de Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno Nos. 03 de 21/06/11; No. 04 de 09/11/11; No. 05 de 20/12/11 y No. 06 de 29/12/11, en cuyo orden del día del día, se incluyeron los temas a desarrollar, de acuerdo con las funciones establecidas en la R. R. No. 006 de 12/04/07, artículo 2 de la R. R. No. 06 de 2007, para estos casos, literales a), b), e) y g), h), evidenciando en las actas respectivas las intervenciones y seguimiento a los compromisos anteriores.
4. En lo concerniente al **Hallazgo 4, relacionado con 2.2.1.3.1. “Se valoró el documento allegado por la Oficina de Control Interno denominado “Mapa de Riesgos” que opera a nivel institucional, encontrándose a grandes rasgos que su estructuración dificulta su consulta y seguimiento, por cuanto el mapa se encuentra en un documento y las columnas de administración y seguimiento se encuentran en el anexo 2 que maneja la OCI, esta circunstancia dificulta su monitoreo, no sólo por parte de esa dependencia evaluadora, sino por los organismos de control que así lo determinan...”**, se verificó la capacitación dictada los días 4 y 5 de octubre de 2011 en la Dirección de capacitación por parte de la Dirección de Control Interno y Racionalización de Trámites del Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, con la asistencia de los integrantes de los 8 equipos de análisis de los Procesos del SGC de la Entidad, incluidos los funcionarios de la Oficina de Control Interno.
5. En cuanto al **Hallazgo 7, atinente a 2.2.2.3.1. “DESACTUALIZACIÓN LINK SCI, PÁGINA WEB,...“encontrándose información que no está actualizada”**, fue constatada la remisión a la Dirección de Informática, de los ajustes a las carpetas del Link "Sistema de Control Interno-MECI, vigencia 2011, así como la actualización del Plan Anual de Evaluaciones Independientes, para ser cargado en la página Web, link SCI-MECI.
6. En lo que hace relación al **Hallazgo 9, correspondiente a 2.2.3.2.1. INFORME ANUAL SOBRE LA EVALUACIÓN SCI – DAFP, “El documento no refleja en los elementos calificados con valores menores a cinco (5), que es el límite máximo de calificación, los aspectos concretos que evidenciaron las**

**debilidades...**”, fue evidenciado el memorando No. 13000-05223, Radicado 3-2012-05915, proceso sigespro 335000 de 22/02/12, de 22/02/12, mediante el cual fue remitido a los responsables de procesos, el Informe Anual de Evaluación al Sistema de Control Interno, vigencia 2011, relacionando la calificación por subsistemas y componentes del MECI, el cual fue reportado en los aplicativos de la AGR, Auditoría Fiscal y DAFP (radicado 1777 de 27/02/12), dentro de los términos establecidos.

7. En lo atinente al **Hallazgo 10, respecto de 2.2.3.2.2. PROGRAMAS DE AUDITORÍA...**, **no se encontró un programa que se acomodara mínimamente a las exigencias de la precitada resolución ni siquiera en las carpetas del archivo de 2009, menos aún en las de vigencias más recientes**”, fue verificada la modificación del anexo 2, "Programa de Auditoría para Evaluaciones Independientes", del Procedimiento para las Evaluaciones Independientes realizadas por la OCI (R. R. No. 014 de 2011), adicionando la columna REF/PT: referenciación Papeles de Trabajo, que debe cruzar con los folios correspondientes. Igualmente, fueron verificados los Programas de Auditoría a la Evaluación a los Inventarios de la Entidad y Seguimiento a los Planes Institucionales.

#### **Auditoría Externa de Calidad-SGS**

Con relación a las 2 No Conformidades formuladas por la Firma SGS para la vigencia 2011, del seguimiento efectuado al Plan de Mejoramiento del Proceso Evaluación y Control con corte a junio de 2012, por la eficacia de las acciones, fue reiterada la solicitud de cierre:

1. **Hallazgo 4 - SGC/11.** No se evidenciaron las acciones preventivas por las no conformidades potenciales del Proceso Micro, establecidas en el Informe consolidado Auditoría Interna de calidad del 20 de junio de 2011. Se evidenció el registro de Seguimiento Anexos 1 y 2 con corte a septiembre de 2011, en el que la Oficina de Control Interno solicita la generación de las acciones y en el seguimiento a los anexos 1 y 2 de diciembre de 2011, aparecen como generadas, sin embargo, no se pudieron evidenciar estas acciones preventivas dentro del anexo 2. Lo anterior incumple los requisitos del numeral 8.2.2. de las normas, el cual establece que "El responsable del proceso que esté siendo auditado debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas."
2. **Hallazgo 5 - SGC/11.** No se evidenciaron los memorandos de solicitud de reformulación de la fecha de terminación programada para las acciones correctivas Nos. 1372 y No. 1373 del Proceso Micro, con fecha de terminación programada para el 20 de septiembre de 2011, las cuales actualmente continúan abiertas, a pesar de existir recomendación de la generación de estos memorandos por parte de la Oficina de Control Interno en el seguimiento anexos 1 y 2 con corte a diciembre de 2011. Lo anterior incumple las disposiciones del Procedimiento



**“Credibilidad y confianza en el control”**

para la implementación de acciones correctivas y preventivas, versión 9.0. y los requisitos del numeral 8.5.2. de las normas, el cual establece que: "La entidad debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con el objeto de evitar que vuelvan a ocurrir. las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas".

Para subsanar estas No Conformidades, fue verificada Acta de Mesa de Trabajo No. 2 de 23/03/12, a través de la cual, el equipo de Trabajo del Proceso Evaluación y Control, estableció la propuesta de depuración de los Planes de Mejoramiento y Planes de Manejo de Riesgos de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad de la CB a través de los Equipos de Análisis de los procesos integrantes del SGC.

### **Hallazgos Abiertos**

Permanecen abiertos para seguimiento 2 hallazgos correspondientes a los orígenes 1 y 6 (ver tabla 1), así:

1. Con relación al hallazgo **No. 1. AUTOEVALUACIÓN Retraso en la entrega de informes individuales relacionados con algunas de las actividades del Plan Anual de Evaluaciones Independientes-PAEI por parte de algunos funcionarios de la OCI, hecho que ocasiona la inoportunidad en la entrega de los informes definitivos consolidados a las dependencias internas respectivas, especialmente, de aquellos que no tienen términos**, se evidenció el Acta de Mesa de Trabajo No. 2 de 23/03/2012, páginas 3 y 4, mediante la cual, los funcionarios de la Oficina de Control Interno se comprometieron a hacer uso de las herramientas ofimáticas, mientras que la Jefe de Oficina se comprometió a reforzar el seguimiento a los resultados de las evaluaciones, adoptando las medidas pertinentes en caso de incumplimiento de los términos establecidos en el PAEI. Se efectuará seguimiento al compromiso de los funcionarios por parte de la Jefe de oficina durante el seguimiento a los planes de mejoramiento individuales durante el mes de julio de 2012.
2. **Auditoría Fiscal. Hallazgo 2.2. Evaluación al Sistema de Control Interno: "En cuanto a las falencias propias de control interno observadas en este estudio, se ratifica una vez más que se muestra con insuficiencias originadas en la falta de participación de la oficina evaluadora, en su deficiente papel asesor y en la ausencia de cultura de control particularmente, en el nivel directivo de la Contraloría de Bogotá"**, fueron verificados memorandos de solicitud y reiteración de solicitud de capacitación, respectivamente, específicamente, sobre la realización de un taller con los integrantes de los Equipos de Análisis de los Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad y el nivel directivo de la entidad, sobre el reforzamiento de los roles que desarrolla la Oficina de Control Interno (Decreto 1537 de 2001, artículo 3 y sobre la cultura de autocontrol para los directivos). Se está a la espera de la realización del evento por parte de la Dirección de Capacitación y Cooperación Técnica.

### **4.2. PLAN MANEJO RIESGOS-ANEXO 2, ACCIONES PREVENTIVAS**

**“Credibilidad y confianza en el control”**

De un total de 40 riesgos integrantes del mapa de riesgos institucional, fueron mitigados 7, gracias a la eficacia de las acciones implementadas, equivalentes al 17.5%, permaneciendo abiertos 33 para monitoreo permanente, así: 22 de origen 1, autoevaluación, 10 de origen 8, antijurídico y 1 de origen 2, Auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, como se observa en la Tabla No. 3.

**Tabla No. 3**  
**Seguimiento Plan de Manejo de Riesgos-Anexo 2 a 30/06/2012**

	PROCESO	ORIGEN	M	A	TOTAL
1	ORIENTACIÓN INSTITUCIONAL	1	0	1	1
		8	0	5	5
	<b>SUBTOTAL ORIENTACIÓN</b>		<b>0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
2	ENLACE	1	0	5	5
	<b>SUBTOTAL ENLACE</b>		<b>0</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
3	MICRO	1	0	1	1
	<b>SUBTOTAL MICRO</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
4	MACRO	1	2	4	6
		3	1	0	1
		8	1	0	1
	<b>SUBTOTAL MACRO</b>		<b>4</b>	<b>4</b>	<b>8</b>
5	RESPONSABILIDAD FISCAL Y JURISDICCIÓN COACTIVA	1	1	5	6
		8	0	2	2
	<b>SUBTOTAL RESPONSABILIDAD FISCAL</b>		<b>1</b>	<b>7</b>	<b>8</b>
6	GESTIÓN HUMANA	1	0	2	2
		8	1	2	3
	<b>SUBTOTAL GESTIÓN HUMANA</b>		<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
7	RECURSOS FÍSICOS Y FINANCIEROS	1	0	3	3
		2	0	1	1
		8	0	1	1
		<b>SUBTOTAL RF Y F</b>		<b>0</b>	<b>5</b>
8	EVALUACIÓN Y CONTROL	1	0	2	2
	<b>SUBTOTAL EVALUACIÓN Y CONTROL</b>		<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
	TOTAL POR ORÍGENES	1	3	23	26
		2	0	1	1
		3	1	0	1
		8	2	10	12
	<b>TOTAL</b>		<b>6</b>	<b>34</b>	<b>40</b>

FUENTE: Plan Manejo de Riesgos Procesos SGC Contraloría de Bogotá, a junio 30 de 2012.

M: Mitigados A: Abiertos. Los orígenes se relacionan así: Origen: 1. Auto Evaluación; 2. Auditoría efectuada por la Oficina de Control Interno, 3. Auditoría Interna de Calidad; 4. Auditoría Externa de Calidad; 5. Auditoría General de la República; 6. Auditoría Fiscal; 7. Petición, quejas y reclamos; 8. Riesgo Antijurídico; 9. Otros.

#### 4.2.1. Análisis de Resultado por Vigencia – Riesgos

Comparativamente con los resultados al final de la vigencia 2010, se pasó de 59 riesgos a 40, en razón de la disminución de los riesgos de origen 1, al pasar de treinta y seis (36) en diciembre de 2010 a 26 en junio de 2012 y, del origen 8, de 10 en diciembre de 2010 a 7 en junio de 2012).

#### **4.2.2. Seguimiento por Procesos**

Como resultado del seguimiento de 2012 se obtuvo:

##### **4.2.2.1. Proceso de Orientación Institucional**

A partir del seguimiento los 6 riesgos del proceso, 1 de origen 1, autoevaluación y 5 de origen 8, daño antijurídico, se estableció que continúan abiertos para seguimiento.

Es importante precisar que en relación con los cinco riesgos identificados como “Prevención del Daño Antijurídico”, se debe aplicar la metodología y definir de manera clara y diferenciada los riesgos o unificarlos, según sea el caso, en este orden de ideas, se presentan debilidades en el diligenciamiento de las columnas: Descripción No Conformidad Potencial o Riesgo y la de Causa o Causas.

##### **4.2.2.2. Proceso de Enlace con los Clientes**

Los 5 riesgos continúan abiertos para seguimiento, teniendo en cuenta que son riesgos latentes del proceso y debe mantenerse con monitoreo permanente hasta la fecha de terminación programada.

##### **4.2.2.3. Proceso de Prestación de Servicios Macro**

De los 8 riesgos establecidos por el equipo de análisis para el Proceso, se encontró que para 4 de ellos se cumplieron las acciones satisfactoriamente, lo cual significa que los riesgos se han mitigado.

##### **4.2.2.4. Proceso de Prestación de Servicios Micro**

Todas las Direcciones Sectoriales cuentan con un riesgo de origen 1, autoevaluación: “Posible incumplimiento de la normatividad interna en cuanto a reporte de información y aplicación de procedimiento”, cuyas acciones propuestas se refieren a incluir en el Plan de Acción 2012, la revisión de los Procedimientos del Proceso Micro..., el cual se encuentra con fecha de terminación del 31/05/2012.

En el Plan de Acción 2012, actividad 29 se estableció "Actualizar los procedimientos del Proceso Micro, enfocados a construir una moderna auditoría

fiscal”, la cual hace referencia a la modificación de los procedimientos con fecha de culminación el 31/12/2012, como este anexo, tiene fecha de terminación programada el 31/05/2012, la cual ya se cumplió, se sugiere la modificación por parte del responsable del proceso, en caso de continuar con el manejo del riesgo y para que esté acorde con la fecha de culminación del Plan de Acción.

#### **4.2.2.5. Proceso de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva**

De los 8 riesgos incluidos en el Plan de Manejo de Riesgos, 6 son de origen 1, auto evaluación y 2 de origen 8, antijurídico, los cuales presentan fecha de terminación diciembre 31 de 2011, por lo cual se recomienda efectuar revisión y actualización de los riesgos, teniendo especial atención en lo acabado de mencionar. Como resultado del seguimiento se estableció que continúan abiertos 5 de origen 1 y 2 de origen 8.

Respecto del Riesgo No. 1: “Impulso procesal a los procesos de vigencias 2009, 2010 y 2011”, teniendo en cuenta que el tema está incluido como un hallazgo en el Plan de Mejoramiento, Anexo 1 y que la fecha de terminación de la acción era el diciembre 31 de 2011, se recomienda excluirlo del Plan de Manejo de Riesgos, anexo 2 y retornar el tema cuando se haga la revisión anual que indica el Procedimiento para la Formulación de Acciones Correctivas y Preventivas.

Con relación al Riesgo No. 2: “Impulso procesal a los procesos de vigencias 2009, 2010 y 2011”, se evidenció la aplicación de los formatos, la foliación de los procesos en cumplimiento del procedimiento y los instructivos, considerándose que el Riesgo fue mitigado.

Respecto del Riesgo No. 7, “Pérdida total de información significativa (Expedientes y procesos de la Dirección de Responsabilidad Fiscal y JC) por eventos externos (incendios, terremotos, inundaciones), aunque se encontró la acción referente a la solicitud de archivadores, con lo cual se mitiga el riesgo de pérdida y deterioro de la información, no se mitiga la situación frente a eventos catastróficos como incendios y terremotos u incendios. Igual que para el Riesgo No. 1, se recomienda retornar el tema cuando se haga la revisión anual que indica el Procedimiento para la Formulación de Acciones Correctivas y Preventivas.

#### **4.2.2.6. Proceso de Gestión Humana**

En el Plan de Manejo de Riesgos, anexo 2, se manejan 5 riesgos, 2 de origen 1, auto evaluación y 3 de origen 8, antijurídico, los cuales deben ser monitoreados en forma permanente para evitar que su materialización.

Con relación al riesgo “Retirar a un funcionario de la entidad sin que se revisen las circunstancias laborales en que se encuentra al momento de su desvinculación”,

**“Credibilidad y confianza en el control”**

que determina para su mitigación la ejecución de una acción relacionada con diseñar y aplicar una lista de chequeo que permita verificar y establecer en qué circunstancias laborales se encuentra el funcionario a ser retirado, se estableció que es una acción que ha presentado demora en su ejecución y se insta a la Responsable del Proceso para que tome las medidas que considere conveniente para agilizar su cumplimiento.

Lo anterior, si se tiene en cuenta que la fecha programada de inicio era el 01 de enero de 2012 y no presenta avance, con corte a junio de 2012, adicionalmente, esto puede conllevar a la posible ocurrencia de éste riesgo.

En lo referente al riesgo relacionado con: “Errores en la liquidación de Sentencias Judiciales”, se debe retirar del anexo por que fue verificada y establecida su mitigación a partir del seguimiento a marzo de 2012 realizado por la OCI.

Se sugiere solicitar ajuste de las fechas de terminación programadas que presenta el anexo 2 (31-12-2011), para los siguientes riesgos:

- ◆ No cumplir con las metas de asistencia de funcionarios establecidas en el Programa de Bienestar Social.
- ◆ No lograr el fortalecimiento de las competencias de los funcionarios de la Contraloría de Bogotá D.C.

Es importante señalar que, en la medida que se evidencia la necesidad del ajuste de fechas, se debe tramitar atendiendo el Procedimiento para la Implementación de Acciones Correctivas y Preventivas, Resolución 005 de 2011. Así mismo, es importante socializar el resultado de este seguimiento a los funcionarios de la dependencia.

#### **4.2.2.7. Proceso de Gestión de Recursos Físicos y Financieros**

Los 5 riesgos formulados por el proceso, correspondientes a los orígenes 1, 2 y 8, continúan abiertos para seguimiento y monitoreo por cuanto no se han mitigado las causas de los mismos.

#### **4.2.2.8. Proceso de Evaluación y Control**

Del seguimiento a los dos riesgos formulados para el Proceso Evaluación y Control, se concluye:

1. **Riesgo No. 1: “No realizar ni reportar oportunamente, con la calidad requerida, las evaluaciones independientes a los procesos de la Entidad.”**, fue verificada Acta de

“Credibilidad y confianza en el control”

Mesa de Trabajo No. 01 de 17-20/02/2012, mediante la cual, fue elaborado el Plan Anual de Evaluaciones Independientes PAEI, de acuerdo con los recursos de talento humano y tecnológicos disponibles, quedando programadas 27 evaluaciones para ser ejecutadas durante la vigencia 2012, con el compromiso de los funcionarios de dar estricto cumplimiento a los términos establecidos en el PAEI.

2. **Riesgo No. 2: “No atender oportunamente los requerimientos de los entes de control.”**, fue verificada R.R. No. 014 de 2011, “Por la cual se modifica el Procedimiento para realizar Evaluaciones Independientes”, mediante la cual fue incorporado el punto de control relacionado con la supervisión por parte del Jefe de Oficina de Control Interno de los papeles de trabajo para ejercer su control mediante consignación de firma y fecha. Igualmente, fueron evidenciados debidamente referenciados los Papeles de Trabajo de la Auditoría Servicios que Presta la Contraloría, PAD 2011, Ciclo II, correspondientes al Proceso Micro-Direcciones de Salud e Integración Social y Movilidad, así como los de Seguimiento al Plan de Mejoramiento y de Manejo de Riesgos a 30/03/12, Procesos Recursos Físicos y Financieros y Micro Consolidado.

#### 4.3. RECOMENDACIONES

Las principales recomendaciones sugeridas como resultado del seguimiento realizado, se sintetizan así:

**En el Proceso de Responsabilidad y Jurisdicción Coactiva**, efectuar revisión anual los riesgos del Proceso, con el fin de actualizar las fechas, verificar si han generado nuevos riesgos o los existentes se han mitigado, materializado y socializar el resultado de este seguimiento a los funcionarios del Proceso.

#### En el Proceso de Recursos Físicos y Financieros:

Continuar con el proceso de depuración de las partidas de la cuenta Bienes y Derechos recibidos en Garantía, por cuanto a la fecha del seguimiento persisten diferencias, coordinando las actividades necesarias entre las áreas de Contabilidad y Tesorería para la depuración de la cuenta contable y se logre la conciliación de la cuenta Banco Agrario de Colombia;

Efectuar seguimiento y monitoreo al Plan de Mejoramiento para evitar que se incumplan plazos previstos para la ejecución de las acciones, en los casos en que por fuerza mayor no se pueda dar cumplimiento, solicitar con anticipación, la ampliación de los plazos, puesto que la no atención adecuada del Plan de Mejoramiento puede acarrear sanciones a la Entidad

Socializar los resultados del seguimiento al Plan de Mejoramiento del proceso con las dependencias integrantes del mismo.

#### Con relación al Proceso Micro:

Mantener en el Plan de Mejoramiento –Anexo1 los hallazgos de origen 5 y 6 que se encuentren en cerrados por la Oficina de Control Interno, los cuales se identifican con la letra A\*, hasta que sean cerrados por los entes de control: v Por decisión del Jefe de la Oficina de Control Interno los hallazgos de origen 5 y 6 que se encuentren cerrados por la misma, aparecerán identificados en el anexo con la letra A\* (solicitado el cierre por parte de la Oficina de Control Interno) y los que continúan abiertos aparecerán con la letra A (abiertos), de tal manera que todos los hallazgos se encuentran abiertos hasta tanto sean cerrados por los respectivos entes de control.

Dar cumplimiento a la Resolución Reglamentaria No.005 del 17 de febrero de 2011, en sus actividades Nos. 4, 6 y 11 del Procedimiento para la Implementación de Acciones Correctivas y Preventivas., en lo relacionado con que las acciones propuestas se orienten a eliminar las causas que originaron los hallazgos y la aprobación de reformulación de causas, acciones o fechas de terminación que debe realizar el responsable del proceso.

Coordinar con la Dirección de Planeación, la modificación de los procedimientos como actividad establecida en el Plan de Acción 2012.

Remitir y socializar el resultado de este seguimiento a los funcionarios de cada una de las dependencias que conforman el Proceso.

No modificar fechas o acciones de los hallazgos de la Auditoría General de la República o de la Auditoría Fiscal, por cuanto esta disponibilidad sólo procede con autorización de los entes de control., mediante solicitud de la oficina de Control Interno.

Modificar las fechas de terminación programada o las acciones propuestas de los hallazgos que no han culminado y que corresponden a orígenes 2, Evaluaciones realizadas por la Oficina de control Interno.

**Proceso Enlace con los Clientes**, dar estricto cumplimiento a las acciones y fechas establecidas en el Plan de Manejo de Riesgos y socializar el resultado del seguimiento a los funcionarios integrantes del proceso.

**En el Proceso de Prestación de Servicios Macro**, efectuar monitoreo continuo para evitar que se venza el plazo para la ejecución de la acciones sin que las mismas se hayan cumplido. Sólo en casos excepcionales y siguiendo el Procedimiento, se pueden ampliar las fechas

**“Credibilidad y confianza en el control”**

**CARMEN ROSA MENDOZA SUÁREZ**

Anexo: Plan de Mejoramiento en Ciento dos (102) folios.  
Plan de Manejo de Riesgos en diez y siete (17) folios.  
TOTAL: Ciento diez y nueve (119) folios.  
Proyectó: Jorge A. Tabares V.  
Revisó: Carmen Rosa Mendoza Suárez.