|  |
| --- |
| **“Por un control fiscal efectivo y transparente”** |

**PARA:** **DRA. LIGIA INÉS BOTERO MEJÍA**

 Responsable Proceso Direccionamiento Estratégico

**DR. LUKAS ALBERTO CRUZ MORA**

Director de Planeación

**DE:** **JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**ASUNTO:** Verificación Anexo 1 Plan de Mejoramiento – Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. Proceso Direccionamiento Estratégico con corte a marzo de 2015.

Respetados doctores:

De conformidad con lo establecido en la Resolución Reglamentaria No. 010 de 2014, de manera atenta me permito remitir el informe sobre la verificación efectuada al Plan de Mejoramiento del asunto:

De un total de 18 hallazgos, no conformidades, acciones de mejora y/o riesgos, incluidos en el Plan de Mejoramiento-Acciones correctivas, preventivas y de mejora del Proceso Direccionamiento Estratégico, fueron cerrados 3, sugerido y/o reiterado el cierre de 11, permaneciendo abiertos 4.

El estado de los 18 hallazgos, acciones de mejora y/o riesgos contenidos en el Plan de Mejoramiento-acciones correctivas, preventivas y de mejora del Proceso de Direccionamiento Estratégico, se resume en la tabla 1:

**Tabla 1**

**ANEXO 1 PLAN DE MEJORAMIENTO – ACCIONES CORRECTIVAS – PREVENTIVAS Y DE MEJORA CON CORTE A MARZO DE 2015**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORIGEN** | **TIPO DE ACCIÓN (Correctiva, preventiva o de mejora)** | **ABIERTOS** | **CERRADOS****C** | **MITIGADOS M** | **SUGERENCIA Y/O REITERACIÓN DE SUGERENCIA DE CIERRE (A\*)** | **TOTAL C + A + A\* + M** |
| 2- OFICINA DE CONTROL INTERNO | Preventiva |  | 2 |  |  | **2** |
| 4- AUDITORÍA EXTERNA DE CALIDAD | Correctiva |  | 1 |  |  | **1** |
| 6- AUDITORÍA FISCAL-AF | Correctiva | 2 |  |  | 11 | **13** |
| 8.4 – RIESGO ESTRATÉGICO | Preventiva | 1 |  |  |  | **1** |
| **SUBTOTAL ANTIGUAS** | **3** | **3** | **0** | **11** | **17** |
| **HALLAZGOS INGRESADOS EN EL TRIMESTRE EN ANÁLISIS ( PRIMER TRIMESTRE DE 2015)** |
| 11-REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | Preventiva | 1 |  |  |  | **1** |
| **SUBTOTAL NUEVAS** | **1** | **0** | **0** | **0** | **1** |
| **TOTAL GENERAL** | **4** | **3** | **0** | **11** | **18** |

Fuente: Reporte Anexo 1. Proceso Direccionamiento Estratégico a marzo de 2015.

Como resultado de la verificación, a continuación se detalla el estado de cada uno de los hallazgos, no conformidades y/o riesgos incluidos en el Plan de Mejoramiento-Acciones correctivas, preventivas y de mejora del Proceso Direccionamiento Estratégico:

**1. ACCIONES CORRECTIVAS**

* 1. **AUDITORÍAS ENTES DE CONTROL EXTERNOS**

**1.1.1. AUDITORÍA FISCAL**

**HALLAZGOS CON SUGERENCIA Y/O REITERACIÓN DE CIERRE**

Fue sugerida y/o reiterada la solicitud de cierre de los hallazgos formulados por la Auditoría Fiscal mediante Informe Final de Auditoría vigencia 2012- PAAF 2013 - 30 de octubre de 2013, gracias a la eficacia de las acciones implementadas. Se está a la espera del seguimiento por parte de la Auditoría Fiscal para que efectúe su cierre:

1. **2.3.1.1.** *“Bajo porcentaje en la ejecución presupuestal de los proyectos de inversión”.*

**Acción implementada:** *“Realizar seguimiento trimestral a la ejecución física y presupuestal de las metas de los proyectos de inversión, a través de la implementación de cronograma de seguimiento que garantice el monitoreo permanente y permita las debidas acciones preventivas y correctivas”*.

Se evidenció reporte de seguimiento a la ejecución física y presupuestal de las metas de los proyectos de inversión efectuado a los proyectos de inversión 770 y 776, confrontándose lo programado con lo ejecutado, de conformidad con cada una de las metas de los mencionados proyectos, bajo los parámetros de la R.R. No. 022 de 11/06/2013 por la cual se asignan responsabilidades y funciones para la formulación, ejecución y seguimiento de los proyectos de inversión y la R.R. No. 032 de 29/08/13, por la cual se modifica el Artículo Tercero de la Resolución Reglamentaria 022 de 2013, en el sentido de la designación como responsables de metas de Proyectos de Inversión a funcionarios específicos.

1. **2.3.1.2.** *“Ineficiencias en la planeación armonización y ejecución de las metas en los proyectos de inversión. Se evidencia el incumplimiento del principio general de la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo establecida en la ley 152 del 94, literal j), el cual indica “Proceso de planeación: El plan de desarrollo establecerá los elementos básicos que comprendan la planificación como una actividad continua, teniendo en cuenta la formulación, aprobación, ejecución, seguimiento y evaluación*”.

**Acción implementada:** *“Elaborar y adoptar mediante Resolución reglamentaria un Procedimiento con puntos de control que garanticen la armonización y Seguimiento de las metas y recursos a los Proyectos de Inversión”*.

Se verificó el "Procedimiento para la Formulación, Actualización y Seguimiento a Proyectos de Inversión, adoptado mediante Resolución Reglamentaria 009 de 24 de febrero de 2014, específicamente en la observación de la actividad 9" Al finalizar la vigencia (Cuarto trimestre), el Responsable de meta de proyecto debe reportar la evaluación del Balance Social del proyecto de Inversión de acuerdo con la metodología vigente, para los proyectos en que aplique dicho reporte".

1. **2.3.3.1.** *“No apropiación de una metodología para la estructuración y presentación del balance social, al evidenciarse "Procedimiento para la Formulación, Actualización y Seguimiento a Proyectos de Inversión, adoptado mediante Resolución Reglamentaria 009 de 24 de febrero de 2014, específicamente en la observación de la actividad 9" Al finalizar la vigencia (Cuarto trimestre), el Responsable de meta de proyecto debe reportar la evaluación del Balance Social del proyecto de Inversión de acuerdo con la metodología vigente, para los proyectos en que aplique dicho reporte".*

**Acción implementada:** *“Elaborar y aprobar mediante resolución un Procedimiento para aplicar la metodología de balance social emitida por la Entidad, para estructurar el impacto generado con en la ejecución de los proyectos de inversión”.*

Para los hallazgos Nos. 2.1.1.2. y 2.3.3.7, la Oficina de Control Interno sugirió a la Auditoría Fiscal el cierre de este hallazgo. No obstante, en el Informe final de Auditoría Regular PAAF 2014, fue incluido con un plazo de ejecución de 60 días para su cumplimiento definitivo, los cuales se cumplieron el 01/11/2014. Tal situación fue comunicada por la Oficina de Control Interno al Proceso Direccionamiento Estratégico a través de memorando No. 583599 de 26/09/2014. Se está a la espera de la decisión del ente de control respecto de estos hallazgos:

1. **2.1.1.2 (4)** *“Hallazgo administrativo con incidencia disciplinaria y fiscal en cuantía de $522.000.000, por la adquisición e implementación del portal "YoSoyBogotá", sin dotarlo de la información necesaria y actualizada originando con ello que la herramienta no…”*
2. **2.3.3.7 (2)** *“Ejecución de metas programadas para vigencias posteriores y el uso de los recursos de manera no justificada en SEGPLAN”.*
3. **2.2.2.1.-** Hallazgo administrativo.- Inseguridad jurídica al emitir varias resoluciones a efectos de que los Sujetos de Vigilancia rindan la cuenta.

**Acción implementada:** Establecer plan de trabajo que incluya actividades realizables, medibles y cuantificable, que oriente de manera oportuna las resoluciones de rendición de cuenta, con el fin de evitar traumatismos a los sujetos de control al momento de reportar información.

Evidenciada Acta de Comité Directivo de Revisión por la Dirección No. 1 de 09/02/2015 a través del cual se aprobó el Plan de Trabajo para modificar la resolución reglamentaria de rendición de la cuenta estableciéndose el objetivo, los responsables por actividad y el cronograma. Por la eficacia de la acción implementada, se sugiere a la Auditoría Fiscal el cierre del hallazgo.

1. **2.3.2.1.** Hallazgo administrativo por deficiencias en la planeación, formulación y seguimiento de estrategias y actividades del plan de acción.

**Acción implementada:** Desarrollar talleres en coordinación con los responsables de procesos del SIG encaminados a mejorar la formulación de Plan de Acción de la vigencia 2015.

Evidenciado memorando No. 3-2014-17308 del 19/09/2014, a través del cual, el Contralor de Bogotá expidió las directrices para la formulación del Plan de Acción vigencia 2015, entre cuyas actividades se incluyó la realización de talleres con los responsables de procesos, con el fin de garantizar que las actividades diseñadas correspondieran a acciones estratégicas de cada proceso .

Asimismo, se verificaron las listas de asistencia de los siguientes talleres:

1. Oficina Jurídica de 03/10/2014. 9 asistentes.

2. Oficina de Control Interno de 06/10/2015. 8 asistentes.

3. Gestión el talento Humano de 03/10/2014. 12 asistentes.

4. Tics de 30/09/2014. 12 asistentes.

Por la eficacia de la acción implementada, se sugiere a la Auditoría Fiscal el cierre del hallazgo.

1. **2.3.2.2.** Hallazgo administrativo por la formulación de actividades del plan de acción como estrategias.

La misma verificación de la acción correspondiente al hallazgo 2.3.2.1.

**Acción implementada:** Desarrollar talleres en coordinación con los responsables de procesos del SIG encaminados a mejorar la formulación de Plan de Acción de la vigencia 2015.

1. **2.3.2.3.** Hallazgo administrativo por deficiencias en la formulación de indicadores de gestión y líneas base.

Acción implementada: Desarrollar talleres en coordinación con los responsables de procesos del SIG encaminados a mejorar la formulación de Plan de Acción de la vigencia 2015, enfatizando la utilización de línea base que permita medir tendencia en cada vigencia.

La misma verificación de la acción correspondiente al hallazgo 2.3.2.1.

1. **2.3.2.4.** Hallazgo administrativo por deficiencias en la formulación y seguimiento de indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad.

**Acción implementada:** Desarrollar talleres en coordinación con los responsables de procesos del SIG encaminados a mejorar la formulación de Plan de Acción de la vigencia 2015, incorporando indicadores que permitan medir la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos del SIG.

La misma verificación de la acción correspondiente al hallazgo 2.3.2.1.

1. **2.3.2.7.** Hallazgo administrativo por proponer actividades e indicadores siendo funciones de obligatorio cumplimiento en la Entidad.

Acción implementada: Desarrollar talleres en coordinación con los responsables de procesos del SIG encaminados a mejorar la formulación de Plan de Acción de la vigencia 2015, incorporando indicadores que permitan medir la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos del SIG.

La misma verificación de la acción correspondiente al hallazgo 2.3.2.1.

**HALLAZGOS ABIERTOS AUDITORÍA FISCAL**

**1. 2.3.1.5.** Hallazgo administrativo por la no definición de indicadores de seguimiento y evaluación a los proyectos de inversión.

**Acción implementada:** Formular indicadores para el seguimiento y evaluación de los proyectos de inversión de la entidad.

No fueron evidenciados los indicadores señalados en el Plan de Acción Institucional para el Proceso Direccionamiento Estratégico para la vigencia 2015.

1. **2.3.2.8.** Hallazgo administrativo con incidencia disciplinaria por la formulación, seguimiento, disponibilidad e impacto del Balanced ScoreCard a través del aplicativo BSCONTROL

**Acción implementada:** Aplicar la metodología del Balanced Scorecard, con el fin de evaluar la funcionalidad del aplicativo BS Control y tomar las decisiones de su aplicabilidad.

Evidenciado memorando No. 3-2015-05967 de 25/03/2015, a través del cual se solicitó capacitación sobre la metodología del Balanced Scorecard para 6 funcionarios de la Dirección de Planeación y en Actualización de Normas ISO 9001, 14001 y OSHAS18001 para 15 funcionarios de la Dirección de Planeación, a realizarse durante el periodo abril-mayo de 2015.

**1.1.2. AUDITORÍA EXTERNA DE CALIDAD**

**OBSERVACIÓN GENERAL Y OPORTUNIDAD DE MEJORA ABIERTA**

Fue sugerido a la Firma Certificadora el cierre de la observación general y oportunidad de mejora:

1. *“Asegurar que se realice la categorización de los hallazgos de auditoría interna de acuerdo a la norma ISO 9000:2005”*

**Acción implementada:** *“Incorporar dentro del Procedimiento de Control de Documentos del SIG un punto de control que garantice la identificación de los cambios efectuados y las versiones vigentes en la Intranet de la Entidad”.*

Se comprobó la adopción del Procedimiento de Control de Documentos, mediante R.R. No. 033 de 31/10/2014, actividad 17, punto de control que garantiza la identificación de los cambios establecidos.

A través de Informe de Certificación de Sistemas de Gestión- Reporte Resumido de Auditoría, la Firma SGS, realizó el cierre de esta observación, en los siguientes numerales:

Nral. 4. Resultados de Auditorías Anteriores: “*Los resultados de la auditoría anterior a este sistema se han repasado en detalle, para asegurar que la apropiada corrección y acción correctiva ha sido implementada para atender la no conformidad identificada. Esta revisión concluye que: Cualquier no conformidad identificada durante auditorías anteriores ha sido corregida y la acción correctiva sigue siendo efectiva*”.

Igualmente, en el Nral. 6. “*Las no conformidades presentadas en la auditoria anterior, se observan debidamente analizadas y sus planes de acción propuestos, se han cumplido a cabalidad. Por tal motivo se dan por cerradas los hallazgos encontrados anteriormente*”.

## **HALLAZGOS FORMULADOS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO**

**HALLAZGOS CERRADOS**

Fue efectuado el cierre de los dos hallazgos formulados como resultado del Informe de auditoría realizado al Proceso Direccionamiento Estratégico por parte de la Oficina de Control Interno, con corte a septiembre de 2014:

1. **5.2.2.1.** “La ejecución presupuestal y el avance físico de los proyectos No. 770 y No. 776, a la fecha es sustancialmente baja. No se ha dado cumplimiento a las actividades y no se ejecutaron de acuerdo a lo programado, generando con esto, un riesgo significativo en la ejecución y eficiencia de los mismos establecidos para la presente vigencia”.

**Acción implementada:** *“Como Gerente Estratégico de los Proyectos de Inversión, realizar seguimiento trimestral con el fin de evaluar el avance físico y ejecución presupuestal dando cumplimiento al reporte SEGPLAN y realizar seguimientos extraordinarios en los casos en que se considere necesario, a fin de contar con el tiempo necesario para adoptar acciones que contribuyan a la consecución en términos de ejecución y avance físico de los proyectos”.*

Evidenciada realización del seguimiento trimestral con base en la consolidación de la información reportada por los responsables de meta de los proyectos de inversión 770 y 776, para su posterior reporte en el aplicativo SEGPLAN con cortes a septiembre y diciembre de 2014. Por la eficacia de la acción implementada, se sugiere a la Auditoría Fiscal el cierre del hallazgo.

1. **5.3.1.** *“No se da cumplimiento a lo establecido en el procedimiento para la Formulación, Actualización y Seguimiento a Proyectos de Inversión, en la actividad ocho (8) donde señala que las mesas de trabajo se realizaran cuando el Gerente estratégico de los proyectos de inversión o Gerente de Proyecto lo estime conveniente. Como mínimo debe realizarse mesa de trabajo cada tres meses”.*

**Acción implementada: “***Realizar como mínimo los seguimientos trimestrales que se requieren para el reporte de SEGPLAN ante la Secretaria Distrital de Planeación”.*

Evidenciada realización del seguimiento trimestral con base en la consolidación de la información reportada por los responsables de meta de los proyectos de inversión 770 y 776, para su posterior reporte en el aplicativo SEGPLAN con cortes a septiembre y diciembre de 2014. Por la eficacia de la acción implementada, se sugiere a la Auditoría Fiscal el cierre del hallazgo.

# **2. ACCIONES PREVENTIVAS**

## **2.1. MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL**

**RIESGO ABIERTO**

Permanece abierto el riesgo estratégico formulado por el Proceso Direccionamiento Estratégico en el Mapa de Riesgos Institucional:

1. *“Inoportunidad de la información para el seguimiento y evaluación de la Gestión Institucional”.*

**Acción implementada:** “*Reiterar a las dependencias de la Entidad la forma y términos del reporte de la información de conformidad con la periodicidad establecida por la alta dirección”.*

Evidenciado memorando No. 3-2015-04961 de 09/03/2015, mediante el cual, el Director de Planeación remitió a los directores y jefes de oficina de la entidad, los parámetros para el reporte de información con corte a 31 de marzo de 2015, con base en la Circular No. 002 de 2014. Permanece abierto el riesgo para monitoreo permanente.

**3. ACCIONES DE MEJORA**

**3.1. ACCIÓN FORMULADA POR LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**

Permanece abierta la acción de mejora derivada del Comité de Revisión por la Dirección:

1. "*Posible desactualización del SIG por las modificaciones aprobadas durante la vigencia 2015 a las Normas: ISO 9001, ISO 14001 y OHSAS 18001"*.

**Acción implementada:** “*Conocer los avances y ajustes a las normas internacionales ISO 9001:2015, 14001:2015 y OHSAS 18001*”.

Evidenciado memorando de 25/03/2015, a través del cual se solicitó capacitación sobre la “Metodología del Balanced Scorecard” y “Actualización de Normas ISO 9001, 14001 y OSHAS18001” para funcionarios de la Dirección de Planeación, a realizarse durante el periodo abril-mayo de 2015.

**OBSERVACIONES**

1. Para la subsanación del hallazgo No. 2.3.1.5. formulado por la Auditoría Fiscal, relacionado con la no definición de indicadores de seguimiento y evaluación a los proyectos de inversión, cuya acción implementada consistió en la formulación de indicadores para el seguimiento y evaluación de los proyectos de inversión de la entidad, se observó que los indicadores relacionados en el seguimiento del Responsable del Proceso:
* Presupuesto ejecutado \* 100 / Presupuesto asignado al proyecto\*100
* Metas realizadas \* 100 / Metas programadas en el proyecto, no fueron incluidos en el Plan de Acción Institucional del Proceso Direccionamiento Estratégico para la vigencia 2015.
1. Fue excluida la observación general y oportunidad de mejora formulada por la Firma Certificadora SGS: *“Asegurar que se realice la categorización de los hallazgos de auditoría interna de acuerdo a la norma ISO 9000:2005*”, que si bien es cierto fue cerrada por esta firma certificadora a través del Informe de Certificación de Sistemas de Gestión- Reporte Resumido de Auditoría, no debe excluirse del Anexo 1-Acciones correctivas, preventivas y de mejora, hasta tanto la Oficina de Control Interno efectúe la correspondiente verificación trimestral subsiguiente a la realización de la Auditoría Externa al Sistema de Gestión de la Calidad.

**RECOMENDACIONES**

1. Incluir dentro del Plan de Acción Institucional correspondiente a la vigencia 2015, los indicadores relacionados con el seguimiento y evaluación a los proyectos de inversión.
2. No excluir los hallazgos, no conformidades, no conformidades potenciales u oportunidades de mejora que sean cerrados por los entes externos mediante el informe correspondiente, hasta tanto la Oficina de Control Interno efectúe la correspondiente verificación trimestral subsiguiente a la realización de la Auditoría de seguimiento por parte de los entes externos.

 Cordialmente,

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | **LUZ INES RODRIGUEZ MENDOZA** |

Proyectó: JATV

Revisó: LIRM

Anexo: Formato Plan de Mejoramiento Proceso Direccionamiento Estratégico en cinco (5) folios.