

COMUNICACIÓN INTERNA

Fecha: 02 de Octubre de 2018

Para: Dr. Guillermo Durán Uribe
Personero

Dr. Mario Montoya Vanegas
Personero Auxiliar

Dr. Carlos Alberto Bayer
Jefe Oficina de Planeación

CC: Directivos, Promotores de Calidad, Auditores Internos

Asunto: Informe de Evaluación de Gestión de Riesgos Institucionales 2018

Respetados(as) Doctores(as):

La Oficina de Control Interno, en función del artículo 2 de la Ley 87 de 1993, el cual dicta: "Objetivos del control interno: Literal a) Proteger los recursos de la organización, buscando su adecuada administración ante posibles riesgos que los afectan. Literal f) Definir y aplicar medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir las desviaciones que se presentan en la organización y que puedan afectar el logro de los objetivos", y dando cumplimiento al compromiso establecido en el PA-PO del año 2018, se permite entregar Informe de Evaluación a la Gestión de Riesgos Institucionales Año 2018.

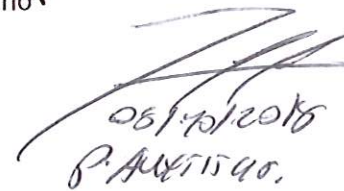
Desde esta oficina, quedamos atentos a todas las inquietudes, comentarios y sugerencias que surjan al respecto y que puedan retroalimentar y mejorar la gestión evaluadora y asesora que nos corresponde.


Agradeciendo su atención,


LINA MARÍA MURILLO PÉREZ
Jefe Oficina de Control Interno

LMMURILLO

Tarea: 8654


05/10/2018
P. AUSTIN 40.
Deseo Alvarado
Oct. 3. 2018
02 de octubre de 2018.


Carrillo
Oct. 8/2018
Oct 10/2018

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT
5300 S. DICKINSON DRIVE
CHICAGO, ILL. 60637
TEL. (312) 537-3100
FACSIMILE (312) 537-3100
WWW.PHYSICS.UCHICAGO.EDU

PHYSICS 439
LECTURE 10
THERMODYNAMICS

LECTURE 10
THERMODYNAMICS



Monica Milena Tobon Lopez

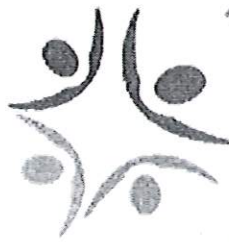
De: Lina Maria Murillo Perez
Enviado el: martes, 2 de octubre de 2018 16:17
Para: Alexandra Virviescas Castro; Carlos Alberto Bayer Cano; Diana Patricia Guerra Mazo; Diego Leon Holguin Henao; Gina Maria Upegui Restrepo; Guillermo Duran Uribe; Jhonatan Estiven Villada Palacio; Juan Eduardo Cuadros Acosta; Juan Fernando Gomez Gomez; Juliana Andrea Lozano Agudelo; Lilliana Sierra Martinez; Lina Maria Murillo Perez; Mario Montoya Vanegas; Viasney Rengifo Rengifo
CC: Diego Hernando Zuluaga Serna; Catalina Morales Botero; Maria Catalina Diez Velez; Diego Alexander Hoyos Arroyave; Natalia Montoya Pereira; Alvaro Martinez Perez; Juan Fernando Duque Benjumea; Blasina Samaritana Vargas Montoya; Luisa Fernanda Valle Palacio; Ana Paula Puerta Mejia; Elizabeth Cuellar Meneses; Jaime Alberto Cardenas Montoya; Carlos Mario Montoya Munera; Maria Yarleidy Bedoya Macias; Elsa Eugenia Yepes Ortiz; Enoris Cecilia Serna Caro; Noelia Maria Gallego Fernandez; Deisy Marloy Espinosa Vera; Camilo Naranjo Escobar; Luz Marleny Ruiz Castaño; Monica Milena Tobon Lopez; Liliana Ravagli Cerquera; Andrea Quirama Garcia
Asunto: Informe de seguimiento a la Gestión de Riesgos Institucionales 2018
Datos adjuntos: Informe_Evaluación_de_Riesgos_institucionales_Sep2018RDO.pdf

Cordial Saludo Directivos, Promotores de Calidad y Auditores,

Me permito remitir el informe de que trata el asunto para su respectivo análisis y definición de mejoras.

Quedo atenta a cualquier inquietud u observación.

Atentamente,



Personería de Medellín

Donde todos contamos

Personería De
Lina María Murillo Pérez
Valido S.G.C.

Lina María Murillo Pérez
Jefe Control Interno
Control Interno

Centro Cultural Plaza la Libertad Carrera 53A No 42 - 101
Telephone: +57 (4) 3849999 - Ext 234 / Fax: +57 (4) 3811847

Email: LMMURILLO@personeriamedellin.gov.co



Certificado N° 009-1

Firma Digital Electrónica Decreto 2364 del 2012

Por favor no imprima este correo a menos que sea necesario

AVISO LEGAL: El contenido de este mensaje de correo electrónico, incluidos los ficheros adjuntos, es confidencial y está protegido por la Constitución Colombiana, que garantiza la inviolabilidad de la correspondencia. Si usted recibe este mensaje por error, por favor póngase en contacto con el remitente para informarle de este hecho, y no difunda su contenido ni haga copias. *** Este mensaje ha sido verificado con herramientas de eliminación de virus y contenido malicioso. *** Este aviso legal ha sido incorporado automáticamente al mensaje.

CITese : 20180126602993EI



**INFORME DE EVALUACIÓN A LA GESTIÓN DE RIESGOS
INSTITUCIONALES**

FECHA DE CORTE: 31 de agosto de 2018

Elaborado por:

**Lina María Murillo Pérez
OFICINA DE CONTROL INTERNO**

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN	1
2. OBJETIVO	2
3. ALCANCE	2
4. METODOLOGÍA.....	2
5. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	2
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	3
7. ANEXO: SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONALES	9

1. JUSTIFICACIÓN

El artículo 2.2.21.5.3 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, establece como uno de los roles de la Oficina de Control Interno, la **evaluación de gestión del riesgo**. En esta misma norma, el artículo 2.2.21.5.4 (art. 4° Decreto 1537 de 2001), señala sobre la administración del riesgo que: *“Como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno en las entidades públicas, las autoridades correspondientes establecerán y aplicarán políticas de administración del riesgo. Para tal efecto, la identificación y análisis del riesgo debe ser un proceso permanente e interactivo entre la administración y las oficinas de control interno o quien haga sus veces, evaluando los aspectos tanto internos como externos que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos y las oficinas de control interno e integradas de manera inherente a los procedimientos”*.

En el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG—, emitido por el Consejo para la Gestión y Desempeño Institucional en el año 2017 (de acuerdo al Decreto 1499 de 2017), establece, dentro de la Dimensión de Control Interno, las responsabilidades referentes a la Gestión de Riesgos Institucionales en relación a cada una de las Líneas de Defensa del MECI. Para la Tercera Línea de Defensa (Oficina de Control Interno), se asigna, entre otras obligaciones: *“Revisar la efectividad y la aplicación de controles, planes de contingencia y actividades de monitoreo vinculadas a riesgos claves de la entidad”*

Así mismo, la Función Pública, emite la *Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Controles en Entidades Públicas*, actualizada en agosto de 2018. En este documento, se establece, que la Tercera Línea de Defensa (Oficina de Control Interno): *“Provee aseguramiento (evaluación) independiente y objetivo sobre la efectividad del sistema de gestión de riesgos, validando que la línea estratégica, la primera línea y segunda línea de defensa cumplan con sus responsabilidades en la gestión de riesgos para el logro en el cumplimiento de los objetivos institucionales y de proceso, así como los riesgos de corrupción”*.

Este informe entonces, es el resultado de un ejercicio juicioso y participativo de seguimiento y evaluación a la gestión de riesgos en la Personería de Medellín durante el año 2018, el cual tiene como objetivo, además de dar cumplimiento a requisitos normativos mencionados anteriormente, involucrar y comprometer a todos los servidores, en la definición y aplicación de acciones orientadas a la prevención de eventos que puedan obstaculizar el logro de los objetivos institucionales.

2. OBJETIVO

Evaluar la eficacia y efectividad de las políticas y acciones llevadas a cabo para la administración del riesgo institucional durante el año vigente (2018).

3. ALCANCE

La presente evaluación se lleva a cabo considerando todas las actividades requeridas para la adecuada gestión del riesgo: i) el análisis del contexto estratégico, ii) la identificación, análisis y valoración de los riesgos, iii) la definición de políticas de administración de riesgos, iv) la implementación de las acciones y el monitoreo permanente y v) la efectividad de los controles y acciones de tratamiento del riesgo.

El monitoreo se realiza a los Mapas de Riesgo de cada uno de los procesos/subprocesos de la Entidad y para las acciones ejecutadas durante el periodo Enero-Agosto de 2018.

4. METODOLOGÍA

Se desarrollan las siguientes actividades en el marco de la presente evaluación:

- Se realizó entrevista con funcionarios de Planeación, proceso responsable de la consolidación de los Mapas de Riesgo Institucionales.
- Se analiza el mapa de riesgos de todos los procesos/subprocesos de la entidad en entrevista con los Líderes, promotores o responsables.
- Se hace análisis de datos y revisión de registros y evidencias

5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se analizan 108 riesgos establecidos dentro del Mapa de Riesgos Institucionales y sus respectivas acciones de tratamiento. En la Tabla N°1, se describe el número de riesgos analizados por cada uno de los subprocesos.

Los detalles del seguimiento y las evidencias del control se pueden consultar en el *Anexo Seguimiento Mapa de Riesgos Institucionales*.

Tabla 1. Número de riesgos analizado en cada subproceso

Proceso / Subproceso	N° riesgos
Planificación institucional	11
G. Talento Humano	10
Conciliaciones	8
G. Informática	8
Disciplinarios	7
G. Bienes Administrativos	7
G. Documental	6
Satisfacción P.I	6
UPDH	6
Protección Interés Público	5
Vigilancia	5
Atención al Público	4
Evaluación Independiente	4
G Financiera	4
G. Comunicaciones	4
G. Contractual	3
Investigaciones DHH y Observatorios	3
Mejoramiento Continuo	3
Penal	3
G. Jurídica	1
Total	108

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Frente a la ejecución de las acciones de control

- Como se evidencia en el Gráfico N° 1, el 71% de las acciones establecidas para dar tratamiento a los riesgos se han completado en su totalidad. El 16% se han ejecutado de manera parcial y el 12% no presentan avance. De este último porcentaje, el 6% se encuentra dentro del tiempo límite de ejecución, mientras que el otro 6% tiene fechas ya vencidas.

En el Gráfico N°2 se presenta el estado de las acciones de tratamiento del riesgo por cada uno de los subprocesos. La descripción detallada del estado de cada acción se puede consultar en el *Anexo Seguimiento Mapa de Riesgos Institucionales*.

Gráfico 1. Estado de las acciones de tratamiento del riesgo

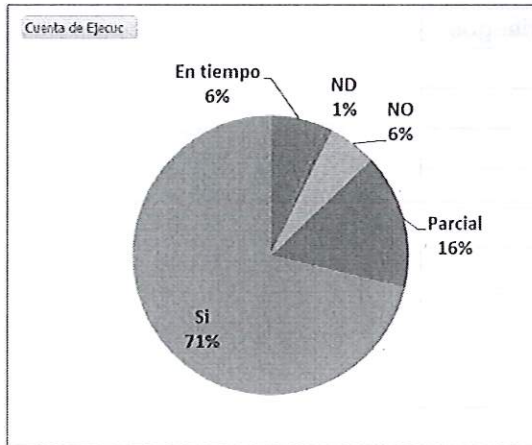
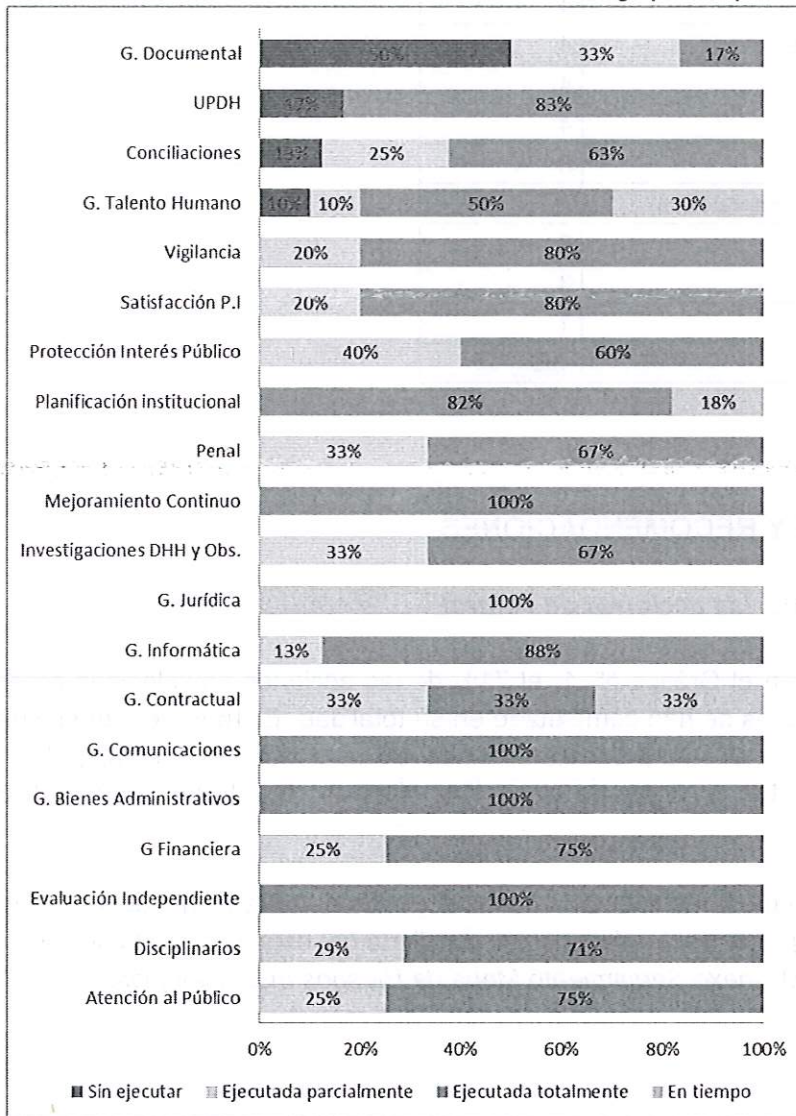


Gráfico 2. Estado de las acciones de tratamiento de riesgo por subprocesos

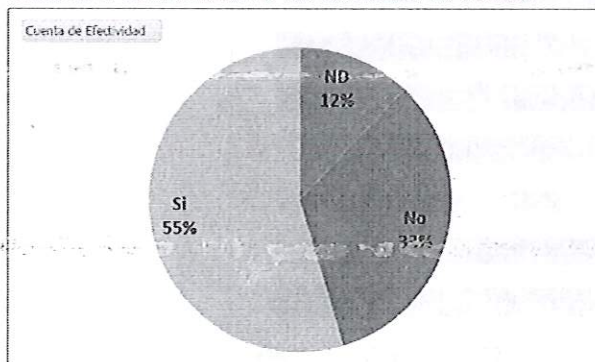


Frente a la efectividad de los controles:

- En referencia a la efectividad de los controles, se concluye, que para el 55% de los riesgos definidos, las acciones de control establecidas y ejecutadas han sido efectivas hasta el momento. Por otro lado, se evidencia que el 33% de los riesgos definidos se han materializado durante la vigencia y por tanto, sus controles y acciones de tratamiento se consideran “no efectivos”. Finalmente, existe un 12% de los riesgos, en donde no es posible determinar si hay efectividad del control, básicamente por tres razones: i) el riesgo no es claro en su redacción, por tanto no es posible saber si se materializó, ii) no se ha ejecutado las acciones de control/tratamiento planteadas, o iii) se requiere de un periodo de tiempo más largo (superior a un año) para determinar la efectividad.

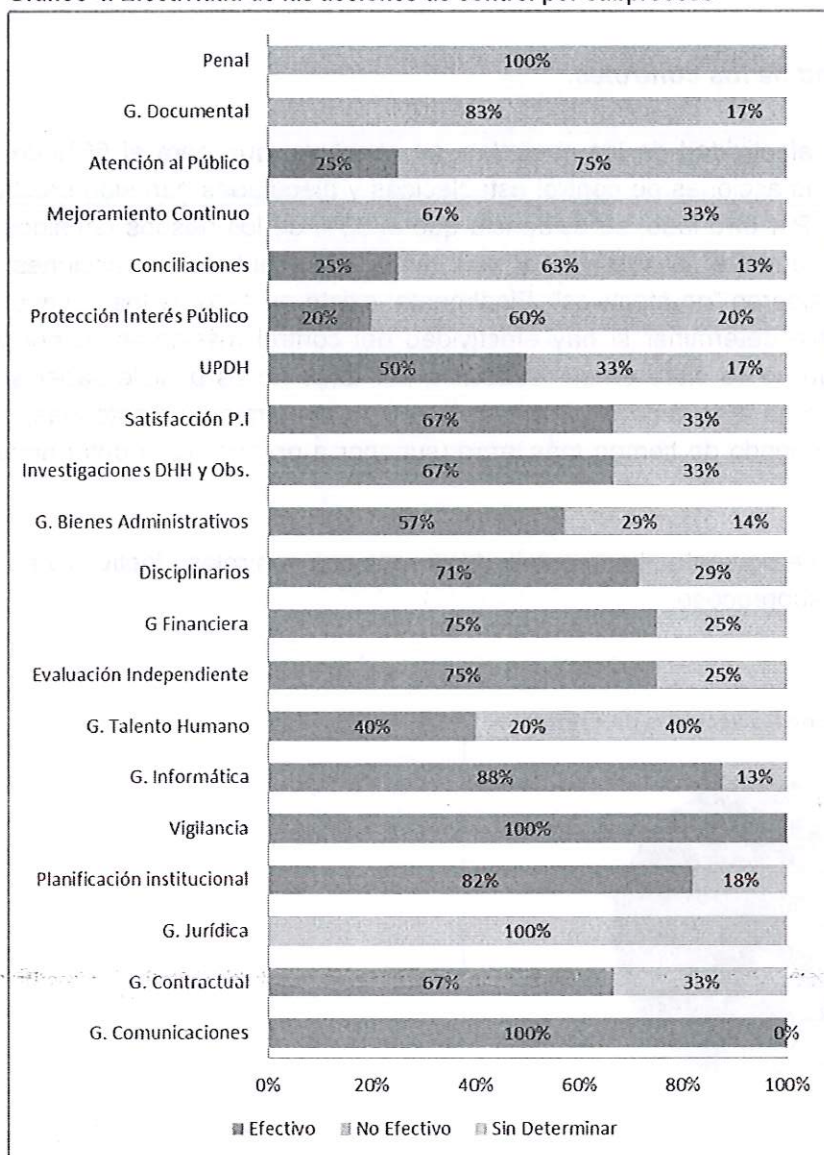
En el Gráfico N° 4, se presenta el porcentaje de riesgos con controles efectivos y no efectivos, en cada subproceso.

Gráfico 3. Efectividad de las acciones de control



- Aproximadamente el 6% de todos los riesgos establecidos en el Mapa de Riesgos Institucional, están relacionados con el “**inadecuado reparto**”. Esta problemática se constituye en causa de diversos riesgos para los subprocesos de Protección del Interés Público, Conciliaciones, Penal, Vigilancia, Disciplinarios, Gestión Jurídica y Gestión Documental. Las acciones definidas por los líderes de los subprocesos para tratar estos riesgos han sido en su mayoría “**no efectivos**”. Por tanto, se sugiere un análisis sistémico y conjunto, en el que participe Planeación Institucional, los procesos misionales y de apoyo, y que permita establecer causas claras y acciones integrales y de fondo orientadas a minimizar la probabilidad e impacto de los riesgos asociados al reparto inoportuno o inadecuado.

Gráfico 4. Efectividad de las acciones de control por subproceso



Frente a la construcción del mapa de riesgos (identificación, valoración y definición de controles):

- Se destacan los avances y esfuerzos realizados por la Entidad y el proceso de Planificación Institucional, en la capacitación de Líderes y Promotores para la adecuada Administración del Riesgo. A pesar de esto, se considera necesario continuar los procesos de formación y asesoría, ya que persisten algunas debilidades reconocidas por los mismos Líderes en cuanto al uso de conceptos y la metodología para la gestión de riesgos propuesta por la Función Pública. Entre otros elementos a fortalecer, se evidencian:

- Definición del riesgo (redacción y diferenciación entre lo que es el riesgo, causa y consecuencia)
 - Análisis del riesgo y valoración de controles (riesgo inherente y riesgo residual)
 - Acciones para el tratamiento del riesgo (evitar, reducir, compartir, aceptar)
 - Definición de riesgos “positivos” u oportunidades y su respectivo tratamiento
- En la mayoría de procesos se está realizando el análisis de las “observaciones” resultantes de la auditoría interna de calidad, para la inclusión de los riesgos pertinentes dentro de los mapas. Sin embargo, en los subprocesos de Atención al Público, Penal, Gestión Financiera, Gestión Contractual y Gestión Jurídica, no se está evidenciando el cumplimiento de este requisito establecido en la secuencia 10 del procedimiento PMSM004 Acciones Correctivas y de Mejora.

Tabla 2. Riesgos detectados en Auditoría Interna de Calidad y no incluidos en los mapas de riesgo

Proceso / Subproceso	Riesgo proveniente de observación de auditoría
Atención al Público	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de procedimiento o protocolo documentado para la atención de víctimas (riesgo de incumplimiento Ley 1448 de 2011) • Desactualización de procedimientos que generan riesgo de confusión de los servidores que llevan a cabo las actividades del proceso afectando la prestación del servicio y el cumplimiento de requisitos de ley y los atributos de calidad. (ej: Consejo de Disciplina hace parte del subproceso Penal y no de Atención al público)
Penal	<ul style="list-style-type: none"> • No hay definición de criterios mínimos para que los Personeros Delegados asuman el conocimiento de las audiencias en el rango de su competencia (lo cual puede generar riesgo de incumplimientos de ley o atributos de calidad en la prestación del servicio) • Desactualización de documentos (norma interna) que puede generar riesgo de incumplimientos de ley, políticas internas o atributos de calidad en la prestación del servicio (ej: norma interna que incluye actividades de la UPI o un sistema de información que ya no existe-CONCORD)
Gestión Financiera	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de actualización y precisión de la normatividad aplicable al subproceso (lo cual genera riesgo de incumplimiento de requisitos de ley)
Gestión Contractual	<ul style="list-style-type: none"> • En la auditoría los entrevistados manifestaron el riesgo de no alcanzar a cumplir con todos los requerimientos de contratación por la falta de recurso humano

Gestión Jurídica	<ul style="list-style-type: none"> Desactualización del objetivo y alcance del proceso generando riesgos de incumplimientos legales o de políticas internas (ej: ..velar por el interés público en las sesiones del Concejo Municipal y P PAHJ013 Cubrimiento sesiones Concejo Municipal)
------------------	--

- Además de los riesgos “no incluidos” en los mapas, citados en el punto anterior, también se evidencia en entrevista con algunos líderes/responsables de los procesos/subprocesos, que existen otros cuantos, que son “críticos” y que tampoco se consideraron para su análisis, valoración y tratamiento. En la Tabla N° 3 se describen algunos de estos:

Tabla 3. Riesgos de relevancia sin incluir en los mapas de riesgo

Proceso / Subproceso	Riesgo(s) crítico no incluido
Conciliaciones	<ul style="list-style-type: none"> Alta demanda que desborda la capacidad operativa del centro de conciliaciones
Disciplinarios	<ul style="list-style-type: none"> Extralimitación de funciones por parte de los Personeros Delegados
Gestión Financiera	<ul style="list-style-type: none"> Desactualización de procedimientos - políticas de austeridad del gasto
Bienes Administrativos	<ul style="list-style-type: none"> Falta e inadecuados controles de los accesos y entradas (huella) Pérdida de bienes, activos o inadecuado uso de los recursos (centros de copiado, papel, etc)
Talento Humano	<ul style="list-style-type: none"> No actualización del SIGEP

CITese : 20180126602993EI

7. ANEXO: SEGUIMIENTO A MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONALES

Nota: Los textos incluidos en las columnas Causa, Riesgo, y Acciones, son transcritos (literalmente) desde el Mapa de Riesgos Institucional, publicado en Personet. Como se evidencia en el cuadro anexo, existen algunos errores ortográficos o de redacción, los cuales se sugiere, sean corregidos.

SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONALES Y DE CORRUPCION									
Mapa de Riesgos de Corrupción		Periodo Evaluación:	Fecha elaboración / aprobación:		Fecha Publicación:		ene-18		
Mapa de Riesgos de Institucionales		X	Periodo Evaluación:	Ene - Sep 8	ene-18				
Definición de Riesgos y plan de respuesta al riesgo									
Proceso	Causa	Riesgo	Control	Actividades de control	Efectividad de los Controles	Efectividad	Acciones Adelantadas	Ejecución	Observaciones
Planificación institucional	Desconocimiento de la metodología	No gestión del riesgo a los procesos de la Entidad		efectuar capacitaciones y taller con líderes y promotores de calidad y elaboración de mapas de riesgos por procesos	Todos los líderes actualizaron sus mapas de riesgo	Si	Se adelantaron todas las capacitaciones y talleres.	Si	
Planificación institucional	No compromiso de líderes de procesos	No seguimiento efectivo de indicadores a los procesos de la entidad		Solicitar permanentemente a líderes cumplir con las fechas establecidas e informar a la alta dirección el incumplimiento	Este año los líderes, en general, han sido cumplidos en la actualización de los indicadores	Si	Se han enviado cuatro solicitudes en general a los líderes según corte de indicadores.	Si	
Planificación institucional	falta de coordinación en la entrega de información	No presentación oportuna o duplicidad de información, a antes de control y/o a la alta Dirección		Radicar en un responsable la recepción y entrega de la documentación	No se ha materializado	Si	Se asignó al contratista Fabian para este rol	Si	
Planificación institucional	falta de claridad en el procedimiento de seguimiento	No Seguimiento del Plan Estratégico		Instruir a todos los líderes sobre fechas de entrega de cumplimiento del plan estratégico. Realizar Comunicaciones	Se ha mejorado mucho el seguimiento. Solo se encuentran problemas con Talento Humano	Si	Se emite resolución 001 de 2018 donde se adoptan los planes operativos y se da la instrucción de remitir la información de avance y seguimiento durante los primeros 10 días	Si	
Planificación institucional	Desconocimiento de políticas, objetivos y metas	Incumplimiento de las políticas, objetivos y metas		sensibilizar a todos los líderes sobre las políticas objetivos y metas	DE acuerdo a los seguimientos del PA-PO 2018, el cumplimiento de metas y objetivos es positivo	ND	Se están desarrollando acciones	En tiempo	
Planificación institucional	falta de claridad en los canales de recepción de la información	Incumplimiento de la recepción de la información requerida		Instruir a los líderes o responsables de entrega de información sobre los canales establecidos para ello	En lo corrido del año no se ha presentado materialización de esto	ND	Fabian realiza difusión de manera verbal y a través de correo electrónico	En tiempo	Revisar redacción.

CITese : 20180126602993EI

Planificación institucional	Desconocimiento de procedimientos a aplicar	Realización de acciones, decisiones y trámites errados	Dar a conocer los procedimientos establecidos en los procesos	No se ha materializado en lo corrido del año.	Si	Se difunden procedimientos de planeación y se asignan roles. Acta NI 08 del 25 de julio 2018	Si
Planificación institucional	obsolescencia de los sistemas informaticos	No funcionalidad de los sistemas SGC y SIP	Actualización de los software	No se ha materializado	Si	Se verificó con contratista de sistemas actualizaciones	Si
Planificación institucional	Falta de conocimiento de los líderes para su actualización	No actualización de los Mapa de Riesgos institucional y corrupción (DE PLANEACIÓN)	Capacitación y taller sobre implementación de riesgos. Riesgos implementados	Se evidencia mapas y seguimientos	Si	Se hizo las capacitaciones	Si
Planificación institucional	Indicadores desactualizados y no revisados	Que el objetivo de los indicadores no sean coherentes con el objetivo del proceso	Revisar y actualizar indicadores	Frente a los indicadores de Planeación los indicadores se presentan coherentes	Si	Se revisaron los indicadores del proceso de Planeación y Comunicaciones	Si
Planificación institucional	Norma indebidamente redactada y no consagra la realidad de las entidades publicas	No requerir en forma oportuna a los líderes de los procesos para que hagan entrega del plan de acción y plan operativo dentro de los términos establecidos	Actualizar norma	Se ha mejorado mucho el seguimiento. Solo se encuentran problemas con Talento Humano	Si	Se emite resolución 001 de 2018 donde se adoptan los planes operativos y se da la instrucción de remitir la información de avance y seguimiento durante los primeros 10 días	Si
G. Informática	Cableado Eléctrico sobrecargado de equipos	Fallas Electricas	Monitoreo y seguimiento a la herramienta eléctrica, supervisar nuevas redes eléctricas y concientizar a los usuarios de los peligros de sobrecargar el cableado	No se ha materializado.	Si	Los ingenieros de sistemas están pendientes del cableado y redes eléctricas. Se hizo un llamado al municipio para revisión. Se hizo un contrato para mantenimiento de redes y aire.	Si
G. Informática	Software y hardware se vuelven obsoletos y no se actualizan apoyar la entida con tecnología de punta	Desactualización Tecnológica	Ejecutar procedimiento para identificar el software y hardware Obsoletos y plasmarlos en el Plan Operativo	No se ha materializado.	Si	Se hizo un inventario. De acuerdo a este inventario se planearon actividades. Se compraron 85 equipos con licencias	Si
G. Informática	En la red de comunicaciones se presentan problemas tecnológicos y humanos que hacen que la comunicación de información se haga lentamente	Fallas en Velocidad de la Red	Mantenimiento preventivo a la red de voz y de datos. Control en los tamaños de los archivos enviados por la red.	No hay quejas por velocidad	Si	Se hizo el mantenimiento en agosto. Se implementó control de envío de archivos hasta por 40 MB	Si

CITISE : 20180126602993EI

G. Informática	No se cuenta con software actualizado que detecte virus	Perdida de información por virus informático	Adquirir licencia de antivirus para detectar cualquier virus informático	No se ha materializado.	Si	Se evidencia las acciones de prevención frente ataques y virus. Ej: Fortinet (se hace la revisión muy minuciosa por parte del ingeniero Diego Hoyos). También se evidencia Antivirus ESET NOD32	Si
G. Informática	Filtraciones de aguas por fisuras o por gietas en los bajantes y/o canoas que ponen en riesgo los equipos tecnológicos	Filtraciones de Aguas	Recapcion de correo electrónico y monitoreo visual para retirar los equipos de computo del sector donde se presente la filtración	Este año no se ha presentado filtraciones	Si	Cuando llueve se hace un monitoreo y una revisión física	Si
G. Informática	No se cuenta con los roles de control de acceso para el ingreso al centro de voz y de datos	Inseguridad en el centro de datos, planta telefonica y el centro de servicios de la información	Asignar permiso solo al personal administrador de la red los permisos para el acceso al centro de voz y de datos.	No se ha materializado	Si	Permisos: dos contratistas de sistemas	Si
G. Informática	No se había determinado la necesidad de incluir el seguimiento	No tener acciones de seguimiento en el Plan Operativo	Implementar un seguimiento mas periodico en el Plan Operativo a la Actividades pactadas	Se informa permanentemente a planeación sobre el avance	Si	Se hace seguimiento y se envía a Planeación. Sin embargo, el PA-PO muestra que las fechas de cumplimiento de todas las acciones son en Octubre	Si
G. Informática	La estructura establecida del PETI, debe contener la estructura organizacional actual del área de TI en la entifaad detallado con funciones establecidas en el manual de funciones y con funcionarios de carrera de libre nombramiento que conformaran esta Area.	No elaboración del PETI	Elaborar un documento PETI con los elementos mas importantes y que se ajustan a la necesidades de la Entidad	A la fecha sigue sin aprobarse	No	Hay un proyecto presentado, borrador en revisión.	Parcial
G. Comunicación es	No seguimiento a la agenda noticiosa de ciudad frente a temas críticos y del quehacer institucional de la personería o a las fuentes de información que nutren la agenda institucional de noticias.	No cubrir hechos noticiosos relativos al quehacer de la entidad.	* Reunión con el personero y los directivos para conocer de primera mano los factores que puedan generar hechos noticiosos q comprometan la imagen de la entidad y del personero. * Seguimiento a medios de comunicación para conocer los hechos noticiosos relacionados con la Personería de Medellín.	Al momento no se ha materializado.	Si	Aunque no hay actas y correos, las reuniones siempre se hacen y se esta en permanente contacto. Seguimiento diario por presanet de los hechos noticiosos	Si
G. Comunicación es	* No verificación de fuentes fidedignas para la proyección de contenidos institucionales. *No llevar a cabo el procedimiento de contenidos	Emitir información errónea, imprecisa y/o inoportuna.	* Corroborar con la fuente directa que los datos que se van a emitir sean los correctos. *Seguir los los procedimientos establecidos para el	Este año no se ha materializado	Si	El procedimiento de contenidos noticiosos se sigue para evitar esto	Si

CITISE : 20180126602993EI

	noticiosos de manera rigurosa.		relacionamiento con los medios de comunicación.						
G. Comunicaciones	No contar con un manual de imagen socializado por el proceso de Gestión de Comunicaciones	Uso inadecuado de la imagen institucional	* Socializar periódicamente el manual de imagen institucional.	Se han disminuido mucho los casos detectados por una imagen desactualizada	Si	Se ha difundido dos veces durante el año y a través del Apersonate	Si		
G. Comunicaciones	Verificación inadecuada del cumplimiento de las políticas de operación	Incumplimiento a las políticas de operación	Verificar el cumplimiento de las políticas de operación del proceso Gestión de comunicaciones	No se evidencian no conformidades o incumplimientos importantes referentes a las políticas de operación	Si	Se verifica en los círculos de calidad.	Si		
Investigaciones DHH y Obs.	no vinculación de información en el SIP, no contar con equipos y puestos de trabajo (3)	Perdida de información que permita analizar las problemáticas de vulneración de DDHH en la ciudad de Medellín	vinculación de información, capacitación en círculos de calidad, comunicación interna al Personero con copia al Personero Auxiliar para incluir la nueva cláusula contractual que contemple un acta de entrega por parte de los contratistas, comunicación a planeación para actualizar norma interna (iniciando proceso de actualización)	Este año no se ha presentado	Si	La información se está subiendo al SIP y adicionalmente cada coordinador pasa a la líder del proceso informe del PA-PO. La cláusula contractual la pusieron a los contratos de los investigadores (en convenio con el colegio mayor). Los contratos de acá no tienen la cláusula	Parcial		
Investigaciones DHH y Obs.	personal contratista de prestación de servicios (3)	Alta rotación de personal	Solicitar a la Alta Dirección vinculación o contratación de personal mínimo por 11 meses	Si ha habido rotación pero no ha disminuido bastante	Si	Se hizo comunicación al Personero y este manifiesta que no es conveniente los contratos por 11 meses.	Si		
Investigaciones DHH y Obs.	Falta de personal y especialidad en el conocimiento	Realizar actividades misionales no contempladas en el SGC dentro del Proceso Investigaciones en DDHH y Observatorios	Capacitación y sensibilización	Según testimonio de la Líder del Proceso, manifiesta que a los investigadores se les esta exigiendo asesorías (tareas misionales) y que los investigadores no tienen tiempo para dedicar a la investigación como exige el proceso. Se ha disminuido en algunos procesos aunque se continúan presentando casos en el observatorio de reasentamiento. Coordinadora del observatorio de Penal manifiesta que da orientación y asesoría en la Personaton.	No	Se ha realizado capacitaciones y sensibilizaciones en los círculos de calidad. Se hace mucho énfasis en este tema	Si		

CITISE : 20180126602993EI

<p>Protección Interés Público</p> <p>* Cambios en las programaciones que son compartidas con otras entidades * fuerza mayor (paros) * sin operador logístico * falta de locativos propios para desarrollar los programas de formación *rotación de personal *carencia de local para eventos o cancelación posterior</p>	<p>Incumplir en desarrollo de las actividades del PA-PO</p>	<p>En general se va cumpliendo con el Plan Operativo. Algunas de las actividades que estaban programadas para el primer semestre pero se pasaron para el segundo semestre por inconvenientes con la contratación en julio/agosto. Se pasó una solicitud a planeación para modificar la actividad referente a las comisiones accidentales y a la efectividad de derechos de petición</p>	<p>Si</p>	<p>Si</p>	<p>Cada Lunes, todos los funcionarios y contratistas deben enviar un informe de actividades semana. Se evidencian correo</p>	<p>Problema con Repartos común en muchos procesos. Es persistente y se materializa.</p>
<p>Protección Interés Público</p> <p>* Falta de claridad incluso de la alta dirección de los servicios que presta la UPIP de acuerdo al SGC *Creencia errónea de que Protección del interés público atiende todo lo que no es de otras unidades (residual)</p>	<p>Repartos con requerimientos para los cuales la UPIP no es competente, de acuerdo a sus servicios</p>	<p>En la inducción y reincuación incluir la oferta de servicios; publicación de plegable con los servicios de la UPIP y socialización; redireccionar repartos a unidad competente o devolución</p>	<p>No</p>	<p>Parcial</p>	<p>Se hizo inducción y reincuación está pendiente para 11 de septiembre. No se ha publicado el plegable (no tiene presupuesto)</p>	<p>Problema con Repartos común en muchos procesos. Es persistente y se materializa.</p>
<p>Protección Interés Público</p> <p>* Cúmulo de trabajo * Complejidad del asunto puesto en consideración * Imposibilidad de comunicarse con el usuario (información insuficiente) * falta de los elementos en el ambiente laboral y de puestos de trabajo * falta de disponibilidad reservas de transporte y limitación en horario * Personal insuficiente para el servicio *falta de apoyo interdisciplinario *Alta rotación de personal * falta de claridad en solicitud</p>	<p>Demoras en dar respuesta a los requerimientos de los ciudadanos</p>	<p>* Repartos automáticos; verificar que la correspondencia se reciba con los datos completos de contacto; solicitud de elementos de trabajo y puestos de trabajo; solicitud disponibilidad transporte y extensión de horario; solicitud personal de planta para los servicios que obligatoriamente lo requieren; solicitud de perfiles interdisciplinarios; revisión de vencimiento de contratos para solicitud de reincorporación; revisar que la petición sea clara</p>	<p>No</p>	<p>SI</p>	<p>Se hace reparo automático (opción del SIP). Desde enero se solicitó puestos a Personería Auxiliar pero no se ha dado respuesta). Se pidió equipos y teléfonos y ya se recibieron. Se pide muchas veces transporte pero no se provee de manera oportuna</p>	<p>Problema con Repartos común en muchos procesos. Es persistente y se materializa.</p>
<p>Protección Interés Público</p> <p>* Falta de espacio locativo (puestos de trabajo individuales y gabinetes de archivo) y demás elementos de trabajo *Fenómenos naturales (inundación) * Incumplimiento</p>	<p>Pérdida o deterioro de información</p>	<p>Los controles no se han ejecutado. En caso de ocurrir una nueva inundación como el año pasado, el riesgo se materializaría, por tanto no se puede afirmar que</p>	<p>ND</p>	<p>Parcial</p>	<p>Se solicitó espacio para archivo de gestión (enero) pero no se ha brindado. Se siguen manteniendo archivos debajo de las cajas. Se hace seguimiento; la</p>	<p>Archivo en cajas persiste pese a la inundación del año pasado.</p>

CITese : 20180126602993EI

en el reporte de la información en el Sistema de información *Alta rotación de personal				los controles sean efectivos	auxiliar verifica en el SIP antes de la cuenta de cobro del contratista.	
Protección Interés Público	* Falta de interés de los participantes y compromiso* factores externos de fuerza mayor * Que las temáticas o expositor nos cumplen con sus expectativas	Alta deserción de los participantes en los programas de formación	* desde la convocatoria se informa sobre el compromiso de participar en los programas a los que se inscriban y se determinan las condiciones para permanecer * control mensual de la asistencia a los programas de formación * publicación de temas a tratar en los programas *seguimiento a las observaciones presentadas por los participantes sobre temas o expositores	No	Mensualmente se controla la asistencia y ante tres faltas se les cancela. En la primera sesión del diplomado se muestra la temática completa del diplomado	Si
Conciliaciones	Omisión en verificación de los términos y flujo de la documentación/	Incumplimiento del término legal para realizar la audiencia de conciliación.	Seguimiento expedientes y verificación y seguimiento de alarmas sip/ Aviso oportuno a la alta dirección y responsable del proceso de gestión documental para la toma de decisiones	No	Se aplican las actividades de control establecidos. Se verifica la alarma del SIP mínimo cada 15 días	Si
Conciliaciones	Omisión verificación del documento	Elaboración del acta o constancia sin el lleno de los requisitos de ley.	Revisión de actas y constancias para verificación cumplimiento de requisitos	Si	Las actas y constancias las revisa el Auxiliario y la Jefe.	Si
Conciliaciones	Falta de Plan de contingencia para suplir ausencias	Falta de recurso humano para suplir ausencias temporales	Elaboración y aplicación de plan de contingencia	No	No se realizó el Plan de Contingencia. Se avanzó en una encuesta que se requería para ver cuántos conciliadores podrían incluirse en el Plan	No
Conciliaciones	Irregularidad en la recogida y remisión de las actuaciones (Incluidas sedes satélites)	Recepción inoportuna de Solicitudes de conciliación y documentación	Devolución de solicitudes de conciliación y documentación al centro documental	No	Se devuelven. Se mandó un correo a Atención al Público y a Personería Auxiliar	Si
						Tiene problemas con el Reparto que afectan la prestación del servicio. Reciben solicitudes de conciliación sin requisitos
						Tiene problemas con el Reparto que afectan la prestación del servicio. Reciben solicitudes de conciliación sin requisitos

CITISE : 20180126602993EI

Conciliaciones	Falta de modernización de equipos, espacios y software	Espacios inadecuados, equipos obsoletos y frecuentes fallas digitales	Gestionar ante la municipalidad el traslado del centro de conciliación y solicitar proveer hardware y software eficientes	Con las adecuaciones que se están haciendo se va a cumplir con las condiciones de las salas de audiencia y aire. Falta ascensor, en proceso	ND	Traslado en curso. Se evidencian comunicación. Se cambió equipos a algunos colaboradores del proceso	Si	No es posible determinar la efectividad, la acción está en curso. Están en proceso de traslado
Conciliaciones	Omisión revisión y monitoreo constante de actualización normativa	Incumplimiento de actualizaciones normativas necesarias	Gestionar actualizaciones pendientes y monitoreo actualización normativa	Reglamento interno del centro de conciliación continúa desactualizado. NSPC003 última aprobación de 2017	No	Se hicieron cambios en la documentación este año. Se revisan actualizaciones que manda el ministerio. Está pendiente de actualizar el Reglamento Interno del Centro de Conciliación que requiere muchas modificaciones	Parcial	
Conciliaciones	Incumplimiento en la reglamentación de la normatividad interna	Inexistencia de mecanismo consagrado normativamente para sancionar incumplimiento de convocantes (o incumplimiento de solicitantes frente a las conciliaciones)	Crear mecanismo con la oficina de Planeación Informática. Implementarlo y aplicarlos	No se ha materializado	Si	Se desarrolló en el sistema una función de sancionar al usuario (bloquea al usuario para el servicio de conciliación por seis meses)	Si	
Conciliaciones	Falta de estructuración de indicadores	Poca efectividad de indicador, o por su definición (pertinencia) o por las inadecuadas frecuencia de medición.	Revisar los indicadores para verificar su utilidad y efectividad y reestructurar si es del caso	Persiste el riesgo. Falta revisión y adecuación de los indicadores	No	Están en capacitación de indicadores actualmente. Está en proceso. Se envió correo a Planeación y está a la espera de revisarse	Parcial	
Penal	Mala planificación en la solicitud o reserva de vehículos para diligencias/ notificación tardía de audiencias urgentes	no disponibilidad de vehículos para el desplazamiento de los funcionarios a las audiencias	Planificar las reservas de vehículos/ solicitar a los interesados que las peticiones de acompañamiento se hagan con una antelación/ solicitar ante Personería auxiliar se le de prioridad a las reservas del subproceso	Se presenta constantemente.	No	Se están pidiendo por el SIP. En la primera semana del mes se planea. Excepto cuando hay urgencias, en este caso, se habla directamente con el Auxiliar de Personería Auxiliar. No se ha solicitado formalmente la prioridad a la personería Auxiliar	Parcial	El riesgo descrito es más una causa que un riesgo. El riesgo es la inasistencia a la audiencia

CITese : 20180126602993E1

Penal	No revisar adecuadamente los repartos que llegan de atención al público	Recibir repartos de atención al público con datos insuficientes para prestar el servicio	El Auxiliar Administrativo rechazará/devolverá a la Oficina de Atención al Público los repartos que no cuenten con los datos suficientes para estudiar el proceso.	No	Se continúan recibiendo repartos con datos insuficientes. Se mantiene igual	Si	Problema con Repartos común en muchos procesos. Es persistente y se materializa.
Penal	Falta de Previsión en los contratos laborales frente a la terminación/ solicitudes de servicios urgentes no previstas por la entidad	Sobrecarga laboral y/o falta de recurso humano para cubrir actividades del proceso.	Redistribuir funciones entre los delegados y solicitud al Personero Auxiliar para que agilice los contratos	No	Se materializa. Al momento del seguimiento faltan 3 personas	Si	En cada círculo de calidad se está redistribuyendo funciones cuando es necesario. Se hacen solicitudes a Personería Auxiliar verbales.
Atención al Público	Incremento de usuarios que reclaman nuevos servicios competencia residual dada por otras entidades	No entrega del servicio al usuario por los tiempos de espera en la atención preliminar y despues de esta	Clasificación de atenciones en el filtro con Abogado en forma permanente.// Monitoreo y evaluación permanente del aplicativo SIP// Analisis y toma de decisiones sobre Informes de PQRS	NO	Persisten las quejas por esto	Parcial	Se clasifica siempre por un abogado que se designa semanalmente. Se generan y revisan reportes diarios. No se presenta evidencia sobre el "análisis y toma de decisiones sobre informes de PQRS"
Atención al Público	Desconocimiento de los servicios y los procedimientos para prestarlos por parte de los servidores y contratistas	Servicios no conformes por actuación y/o remisión inadecuada en las rutas de atención	Manual Listado de Servicios. Procedimientos claramente definidos	SI	Se ha materializado, pero para la cantidad de atenciones es muy poco	SI	Para controlar este riesgo se hace el filtro de entrada y se reitera en círculo de calidad el uso de manual de listado de servicios
Atención al Público	Software de gestión que no cumple con los requerimientos, no realiza reporte, no genera alarmas entre otros, no satisfaciendo las necesidades de la entidad en el cumplimiento de la misión.	Proceso dentro de los sistemas de información SIP, que generan registros inexactos o erróneos o los mismos no se dan afectando la trazabilidad de la información	Tenecia de los codigos fuentes del SIP, que permiten realizarle ajustes	NO	Se ha materializado	SI	El lider manifiesta que los abogados pueden corregir las atenciones en los que se equivocan
Atención al Público	Falta de controles y barreras y la aplicación de normas de salud en el trabajo	Contacto directo con usuarios en situación de vulnerabilidad que puede transmitir su condición al servidor Público que lo esta atendiendo afectando su integridad o sus recursos logísticos	Recursos financieros que permiten hacer las apropiaciones. La implementación del SISTEMA DE SALUD EN EL TRAJO	NO	Lider y promotora manifiestan que la gente se enferma mucho	SI	Se han realizado requerimiento de recursos físicos para proteger la salud de los abogados de atención al público

CITISE : 20180126602993EI

<p>En la UPDH se tiene enlace de la Unidad de Víctimas que también presta el servicio de asesoría, y para dichas atenciones se tiene gran demanda lo que genera una percepción de tiempos prolongados de espera. Debido a la complejidad de muchas situaciones requieren de mayor tiempo en la atención, como por ejemplo en casos donde requieren solicitud de albergue, plan alimentario o se gestionan ayudas de emergencia, acompañamiento a diferentes entidades para apoyo en la gestión. Contratistas que dentro del turno de atención, deben prestar el servicio de verificaciones, lo que genera mas demora en la atención.</p>	<p>Insatisfacción del usuario por los tiempos de espera en la atención</p>	<p>Campañas de difusión sobre el horario permanente de atención las 24 horas del día. Establecer turnos de atención 6-2 pm, 2-10 pm, 10-6 am 8-5 pm evitando con esto traumatismos y demoras en la atención en los cambios de turno.</p>	<p>No</p>	<p>Los turnos están funcionando como lo tienen establecido. Con las campañas de difusión. Hay cartelera sobre el horario en sede central y casas de justicia</p>	<p>SI</p>	<p></p>
<p>UPDH</p>	<p>Indebida identificación, clasificación, registro y asignación de turno de acuerdo con las necesidades de las personas</p>	<p>Establecer en la atención inicial de la UPDH (Filtro), el acompañamiento permanente de un abogado y un auxiliar</p>	<p>SI</p>	<p>Ya hay un abogado en el filtro</p>	<p>SI</p>	<p></p>
<p>UPDH</p>	<p>Pronunciamientos inoportunos y/o no alertas tempranas sobre factores críticos de vulneración de derechos Humanos</p>	<p>Realizar verificaciones en territorio con fuentes institucionales y comunitarias del tema a alertar. Articulación entre las verificaciones de alertas tempranas realizadas en la UPDH y el proceso de Gestión de Comunicaciones</p>	<p>SI</p>	<p>Se creó un procedimiento de alertas tempranas y se implementó para hacer verificaciones. Para la articulación con el proceso de comunicaciones, se asignó un comunicador permanente para la UPDH. Todas las alertas pasan por comunicaciones</p>	<p>SI</p>	<p>Se hace un trabajo disciplinado y riguroso por parte del promotor de calidad y los involucrados en los riesgos. Muy buen control</p>
<p>UPDH</p>	<p>Demora en la conceptualización del artículo 211 de la Ley 1801/2016 en tanto la realizan contratistas y no delegados directamente</p>	<p>Verificación por parte de la alta dirección de la pertinencia y legalidad de la delegación en contratistas</p>	<p>ND</p>	<p>No se presenta ninguna evidencia de gestión o ejecución de la acción definida para el tratamiento de este riesgo. La promotora manifiesta que la Alta Dirección está enviando</p>	<p>No</p>	<p>Redacción confusa. Hablan de un artículo del código de policía pero no se redacta</p>

CITISE : 20180126602993EI

									claramente cuál es el riesgo
UPDH	<ul style="list-style-type: none"> *Limitación para el reconocimiento de hechos victimizantes por parte de la ley 1448, que solo reconoce hechos en los últimos 2 años. *Desconocimiento por parte de los usuarios del portafolio de servicios de la UPDH, horarios de atención. *Lugar de ubicación de la sede UPDH en razón a que es alterna a la sede principal 	Disminución de usuarios en los diferentes turnos establecidos para la atención 24 horas en la UPDH.	<p>Campañas de difusión de portafolio de servicios, horarios de atención de la UPDH. Mayor información en la sede principal de la atención en la UPDH</p>	No	Campañas con Comunicador asignado para la UPDH	SI			
UPDH	<ul style="list-style-type: none"> *Mal diligenciamiento y clasificación de los campos del sistema de información de la entidad. *Falta de compromiso de los contratistas para el manejo adecuado del sistema de información. *Incumplimiento del diligenciamiento total de los campos establecidos en el sistema de información en la prestación de cada servicio. 	Deficiencia en los análisis de datos estadísticos de los servicios prestados en la UPDH.	<p>Seguimiento de todas las atenciones, filtradas por cada contratista (Abogado - Auxiliar) y ante desviaciones en el sistema deben ser corregidas para que se le pueda dar visto bueno para el pago del contratista</p> <p>Capacitaciones permanentes</p>	SI	<p>La promotora manifiesta que es ella misma quien revisa el 100% de las atenciones y no se aprueba la cuenta de cobro hasta que tenga el visto bueno de la coordinadora</p>	SI			
Vigilancia	<p>1. Incremento de quejas o solicitudes de vigilancia por parte de la ciudadanía</p>	Incumplimiento, en los términos de la comisión de vigilancia, para atender solicitudes de las partes interesadas.	<p>1. Presentación de informe mensual, indicando tiempo y fecha de cumplimiento para el cumplimiento de la comisión. y/o 2. solicitud de evaluación de la actual herramienta y el establecimiento de directrices para su funcionamiento.</p>	SI	<p>Se entregan los informes mensuales. Se evidencia informe entregado por Jaime Cardenas.</p> <p>Se implementó control de semáforos en el SIP. Actualmente se está haciendo una solicitud para documentar un manual.</p>	SI			
Vigilancia	Poco conocimiento de la función preventiva y su alcance por parte de los servidores.	Falta de socialización y/o implementación de una guía metodológica, que desarrolle las funciones de	<p>1. Instrumentalización de la guía con anexos. 2. Formalización y socialización del modelo (documento) a las entidades objeto de vigilancia.</p>	SI	<p>La guía se encuentra establecida en el formato FSVC177 Plan de vigilancia preventiva</p>	SI			

CITISE : 20180126602993E1

	vigilancias preventivas.	Tramite de asuntos que no son de competencia de la Unidad de Vigilancia, o cuyo conocimiento corresponde a otros procesos internos o a las oficinas de control interno disciplinario del orden municipal o descentralizado.	Verificación y no aceptación de los repartos que no cumplan con la norma interna y redefinición de directrices del servicio de vigilancia de la unidad	Este riesgo sigue materializándose aunque por lo menos se ha disminuido la frecuencia en los repartos inadecuados que se hacen desde atención al público (reparto). Antes se devolvían más de 100y ahora solo 6 mensuales	Si	Se devuelve cada vez que no hay competencia y se acompaña con un oficio. LA redefinición de directrices se hace a través de los círculos de calidad y grupos primarios	SI	Problema con Repartos común en muchos procesos. Es persistente y se materializa.
Vigilancia	Desconocimiento de las competencias del proceso de recepción y reparto y de otras unidades que realizan remisiones a la unidad para la vigilancia.	Descoordinación entre la función preventiva y la disciplinaria	Realización de círculos de calidad (2) para dar directrices y orientaciones por los líderes de subprocesos.	Manifiestan el líder y el promotor de calidad que se ha mejorado sustancialmente en cuanto a la coordinación de los subprocesos en cuanto a las funciones disciplinarias	Si	A través de los círculos de calidad se hace la claridad frente a las preventivas. Evidencia acta	SI	
Vigilancia	Demora por desconocimiento en la evaluación y formulación del indicador.	No tener los indicadores del proceso actualizados	Modificación y actualización de indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad.	Se están enviando en tiempo	Si	Aunque muestran los indicadores, se evidencia confusión en el nombre de las variables de algunos indicadores. Se debe revisar y ajustar	Parcial	
Disciplinarios	el quejoso interpone la misma queja a varias entidades las cuales terminan radicándose en el area-los funcionarios que clasifican no ingresan toda la información completa al sip, por lo cual no se evidencia que la queja ya se esta tramitando-	Multiplicidad de repartos por los mismos hechos	1. Requerir al centro documental para que llene la información concreta y precisa y verificar cada una de las solicitudes que ingresan para verificar si esta repetida o no. / 2. Implementación manual del drive de google para verificar la información que entra por reparto cada mes/ 3. Monitoreo manual permanente	Sigue pasando problemas desde correspondencia	No	No se ha realizado reunión con el centro documental. Se ha cancelado por parte de la Personería Auxiliar. Revisión de todos los requerimientos físicos	Parcial	Problema con Repartos común en muchos procesos. Es persistente y se materializa.
Disciplinarios	Delegados 17D, auxiliar no scanean los documentos-falta de capacidad del correo electronico para guardar los documentos scaneados-falta de capacidad del sip para guardar las audiencias de los procesos verbales-cumulo de trabajo del notificador para scanear las notificaciones-falta de herramientas tecnologicas	Expedientes disciplinarios físicos no correspondientes con los electrónicos	1. revisar aleatoriamente expedientes físicos y electrónicos para verificar que se estén scaneando la documentación. 2. solicitar a Pleneación la ampliación de capacidad del correo institucional y Soicitud de herramientas tecnologicas	Se ha mejorado bastante. Lo único que no se esta escanando es la visita administrativa	Si	La lider cada cuatro meses revisa por lo menos uno por delegado. Sistemas les amplio la capacidad de correo. Se solicitaron unas Tablet pero no se van aprobar hasta el año 2019	SI	

CITISE : 20180126602993EI

Disciplinarios	delegados 17D que no practican pruebas en etapa de indagación preliminar	vencimiento de terminos de la indagación preliminar sin pruebas	1, revisión a informes sobre terminos de procesos presentados por los delegados 17D	En febrero se tangibilizó el riesgo. Expediente 858818180	No	Cada cuatro meses se revisan informes remitidos por delegados, por parte de la Lider.	Si	
Disciplinarios	carencia de espacio adecuado que garantice la custodia de los expedientes por parte del auxiliar	No tener mecanismos que garanticen la reserva de las actuaciones	Solicitar y hacer seguimiento de la petición, a la personería auxiliar que disponga un espacio que garantice la custodia de los expedientes	Hasta el momento no se ha presentado inconveniente por esto	Si	Se hizo la solicitud pero se negaron. Por el momento se mantienen en la oficina de la Delegada	Parcial	
Disciplinarios	como el servicio es a petición de parte, la recomendación del area de planeación en su momento fue no incluirlo	No inclusion en el plan operativo de actividades o servicios (Competencia preferente u otros)	por ser un producto misional se seguira incluyendo año tras año en el plan operativo, se solicitará la inclusion en el plan operativo	no se ha materializado	Si	Se incluyó en el PA-PO los procesos por competencia preferente	Si	
Disciplinarios	El sistema de reparto en la herramienta SIP no está actualizado con todos los Delegados actualmente vinculados al proceso	Reparto manual de los procesos disciplinarios	solicitud a informática actualizar la base de datos del SIP con los nombres de los actuales delegados 17D del proceso	No se ha materializado	Si	Se actualizó el nombre de los delegados y se implementó es automáticos	Si	Redacción no clara, es más causa
Disciplinarios	La profesional contratista no vincula los informes al SIP	No vinculación de infor mes de gestión a la herramienta SIP	Revisar por parte del delegado 20 D que los informes que se presenten a planeación y al sr personero esten debidamente vinculados al SIP	No se ha materializado	Si	Se siguen vinculando todos los informes	Si	
G. Talento Humano	*Inexistencia de controles que garantizaran la realización oportuna de la inducción.	Inducción no oportuna	Mejorar el procedimiento de inducción PAHJ003 y procedimiento de reintroducción PAHJ007, respecto a la metodología de esta actividades, involucrando los líderes en la realización de ellas. Darle cumplimiento en el término establecido por la ley.	No se ha materializado. Hay una funcionaria que entro el 23 de julio y está pendiente de hacerse. Término de dos meses en el procedimiento	Si	Los procedimientos se elaboraron y se ajustaron. Se suprimieron pasos que no se necesitaban y se involucró a los Líderes. Se solicitó la aprobación y está en trámite de publicación	Parcial	
G. Talento Humano	Falta de planeación	Envío inoportuno de las evaluaciones frente a las Jornadas de Capacitación	Mejorar el procedimiento PAHJ005 Evaluación Jornada de Capacitación	Las contratistas manifiestan que a la fecha no se ha vuelto a materializar. Sin embargo no se puede decir que el control establecido es efectivo, porque a la fecha no se realizó la acción planteada	ND	Se tomó un control diferente al definido. Se entrega la encuesta el último día de capacitación pero esto no se ha incluido dentro del procedimiento aún.	No	Dicen que el procedimiento no está malo. Están tomando otro control diferente; la encuesta se entrega en el último día de capacitación

CITISE : 20180126602993EI

G. Talento Humano	Incumplimiento de los controles en el procedimiento.	Vinculación del personal sin cumplimiento de requisitos legales	Designación del responsable para realizar la verificación de requisitos para el cumplimiento del cargo. verificación de la documentación por parte del líder al momento de firmar la posesión. - crear formato para dejar evidencia de la verificación de la documentación Dejar evidencia de la verificación de la documentación que lo requiere en la historia laboral	A la fecha no se ha materializado	Si	Se designó por comunicación interna a Noelia. Se evidenció nuevo formato y su aplicación en la última funcionaria vinculada	Si	En el SIGEP no se está aprobando los documentos asociados al cumplimiento
G. Talento Humano	el cronograma propuesto no era el acorde, ya que no contemplo la investigación , previa de la documentación , para definir la necesidad de crear un comité o su actualización y a revisión de la documentación existente en la entidad frente al código de Ética	incumplimiento del cronograma propuesto y a su vez de los objetivos asociados al Plan(Código de Buen Gobierno)	redifinición del cronograma propuesto inicialmente.Citación del comité para realizar actualización del código de Ética y Buen gobierno. Actualización del Código de buen gobierno. Socialización	Se redefinió los términos y cronograma	Si	Se ha realiza las acciones referentes al diseño e implementación del código de ética	Si	
G. Talento Humano	Falta de control, revisión y planeación del subproceso	incumplimiento de requisitos legales o técnicos, por el desconocimiento o falta de actualización en la normativa.	Actualización periódica de acuerdo a los cambios normativos	Se han identificado incumplimientos en auditorías de la OCI. Ejemplo: SIGEP	NO	Se actualizó el normograma	Si	
G. Talento Humano	Falta de control y planeación en las actividades del subproceso.	Incumplimiento del artículo 3, literal b, del Decreto 1567 de 1998. (Plan de Capacitaciones)	Gestionar en los últimos 3 meses del año los temas para el Plan Institucional de Capacitación. Planear y programar reuniones en el mes de enero de la próxima anualidad con la comisión de Personal, para la expedición oportuna de la resolución en el mes de febrero . Definirlo como una actividad prioritaria del subproceso.	No se puede establecer todavía si ha sido efectivo	ND		En tiempo	Acciones que provienen de observaciones de auditorías. No es clara la redacción del riesgo y las acciones propuestas se refieren más a una "corrección" que a un control efectivo que garantice que el riesgo no se vuelva a tangibilizar

CITISE : 20180126602993EI

G. Talento Humano	Falta de control y planeación en las actividades del subproceso.	Incumplimiento del artículo 76 del Decreto 1227 de 2005 y del artículo 19 del Decreto 1567 de 1998. (Plan de Bienestar e Incentivos)	Gestionar en los últimos 3 meses del año los temas para el plan de Bienestar e incentivos. Planear y programar reuniones en el mes de enero de la próxima anualidad con la comisión de Personal, para la expedición oportuna de la resolución en el mes de febrero. Definirlo como una actividad prioritaria del subproceso.	No se puede establecer todavía si ha sido efectivo	ND	En tiempo	Acciones que provienen de observaciones de auditorías. No es clara la redacción del riesgo y las acciones propuestas se refieren más a una "corrección" que a un control efectivo que garantice que el riesgo no se vuelva a tangibilizar
G. Talento Humano	Falta de control y planeación en las actividades del subproceso.	Indebida interpretación de los resultados finales de la Evaluación del Desempeño por uso inadecuado de los Formatos destinados para ello.	verificación de la Personería Auxiliar del subproceso de talento humano del diligenciamiento correcto de los formatos de evaluación del desempeño. Enviar solicitud a los líderes de la corrección de las evaluaciones mal diligenciadas.	No se puede establecer todavía si ha sido efectivo	ND	En tiempo	
G. Talento Humano	Falta de Espacio locativo y recursos financieros	Falta de Puesto de Trabajo y su adecuaciones tecnológicas.	Readecuación de los espacios físicos y compra de recursos tecnológicos de acuerdo al presupuesto aprobado.	Manifiestan que no se ha materializado hasta el momento	SI	SI	Se han cambiado computadores, se han adecuado puestos de trabajo (ej. Reasentamientos)
G. Talento Humano	Falta de Personal. Falta de Recursos Tecnológicos.	No cumplimiento legal de las obligaciones a cargo de Gestión Humana y SST	Ampliar el Personal de apoyo en el Subproceso de Talento Humano.	Se han identificado incumplimientos en auditorías de la OCI. Ejemplo: SIGEP	NO	SI	Riesgo repetido, redactado diferente. Se vinculó un Auxiliar Administrativos adicional

CITISE : 20180126602993EI

<p>G. Jurídica</p>	<p>reparto inoportuno de los documentos al área jurídica y/o asignación inadecuada Error humano</p>	<p>Extemporaneidad en las actuaciones judiciales, acciones de tutela, emisión de conceptos y derechos de petición; o inclusive no pronunciamiento sobre los mismos</p>	<p>Modificación de los "procesos de apoyo", específicamente en lo referente a la fijación de términos internos para la contestación y seguimiento a los procesos que conlleven representación judicial de la entidad; igualmente fijación de términos internos para las respuestas a las solicitudes de conceptos jurídicos y cumplimiento a los términos de la Ley 1755 de 2015 sobre derecho de petición. Reporte mensual a las oficinas de Control Interno y Planeación en lo referente a los términos de respuesta a Derechos de Petición y Conceptos. legislación vigente, procedimientos y formatos establecidos en el S.C.C. Normatividad del sistema, revisión y monitoreo dos veces por semana, establecer términos para el proyecto de respuesta, informes semanales sobre las actuaciones realizadas.</p>	<p>Los riesgos se han materializado toda vez que en auditorías llevadas a cabo por la OCI o de calidad, se han presentado incumplimiento. Aunque las acciones establecidas están en tiempo, los controles preventivos que se mencionan no demuestran efectividad hasta el momento</p>	<p>ND</p>	<p>Las acciones se pusieron para diciembre. Estos términos se van documentar en la documentación del proceso de Gestión Jurídica</p>	<p>En tiempo</p>	<p>Problema de reparto</p>
<p>G. Contractual</p>	<p>Falta de conocimiento del ordenamiento jurídico aplicable/ Interpretación equivocada de las normas/Falta de verificación adecuada</p>	<p>Incumplimiento de los requisitos legales para la contratación</p>	<p>Capacitación y seguimiento y monitoreo</p>	<p>No se ha manifestado este año</p>	<p>ND</p>	<p>La capacitación está programada para el segundo semestre (para supervisores y contratistas). Se va hacer campaña de sensibilización en octubre. Se hace monitoreo permanente, en todos los procesos de contratación se hace verificación de los requisitos</p>	<p>En tiempo</p>	
<p>G. Contractual</p>	<p>Ausencia o publicación tardía de documentos en el proceso de selección</p>	<p>Incumplimiento de los requisitos legales para la contratación</p>	<p>Inclusión clara de la obligación por parte de contratistas de cumplir los términos que aplican al proceso al cual pertenece contractualmente</p>	<p>Hasta la fecha todo se ha publicado en los términos de tiempo</p>	<p>Si</p>	<p>La inclusión se hace dentro de los contratos. En obligaciones generales</p>	<p>Si</p>	
<p>G. Contractual</p>	<p>Falta de control al momento de prestar los documentos o expedientes</p>	<p>Pérdida de documentos o expedientes contractuales</p>	<p>Creación de formato de control para el préstamo de documentos y expedientes contractuales</p>	<p>A esta fecha no se ha perdido ningún documento</p>	<p>Si</p>	<p>Se crearon los formatos, se están utilizando pero no se ha incluido en el SGC</p>	<p>Parcial</p>	
<p>G Financiera</p>	<p>No proyección de las diferentes actividades para la vigencia por parte de los líderes de procesos</p>	<p>Indebida planeación del Plan Operativo, mala elaboración Plan anual de adquisiciones de</p>	<p>solicitar implementación de campaña o sensibilización de líderes de procesos para la correcta elaboración de los planes anuales</p>	<p>Por ejemplo, la semana pasada se presentó en Observatorios, solicitud de contratos (estudios)</p>	<p>No</p>	<p>Se está solicitando con los estudios previos el certificado de planeación. Pendiente de aprobación por el</p>	<p>Parcial</p>	

CITese : 20180126602993EI

	bienes y servicios.			previos), sin coincidir con el número de contratos planificado en el plan de adquisiciones. Toca cambiar el Plan de Adquisiciones	manual. La campaña de sensibilización está pendiente por ejecutar con la planeación del presupuesto de 2019	
G Financiera	Expedición de certificado de Disponibilidad presupuestal y Registro presupuestal sin estar incluidos y aprobados en los planes de la Institución.	No proyección de las diferentes actividades para la vigencia por parte de los líderes de procesos	Monitorear a través de las herramientas institucionales, lo planeado para la vigencia en curso	A la fecha de la auditoría no se ha presentado la expedición de un CDP errado	A través de una herramienta de Excel, Financiera hace control de que las disponibilidad de que las disponibilidad este aprobada en PA-PO. Con planeación permanentemente hay comunicación para que coincida los valores de las actividades con los rubros presupuestales.	Si
G Financiera	Irrregularidades en liquidación y pago de ARL en contratistas clasificados en riesgo cuatro o cinco	Mala clasificación del riesgo en el objeto del contrato a desarrollar	Solicitar al proceso de Gestión Contractual la debida clasificación de acuerdo al objeto contractual a desarrollar	No se ha tenido problema. Financiera dice que siempre verifica en el contrato que quede clasificado	Solo tenemos conductores y mensajero en riesgo 4. Hay seis personas por las cuales la personería paga aproximadamente 291.000	Si
G Financiera	Actualización extemporanea del plan anual de adquisiciones de bienes y servicios	No proyección de las diferentes actividades para la vigencia por parte de los líderes de procesos	solicitar implementación de campaña o sensibilización para los líderes de procesos para efectuar las actualizaciones a tiempo	Este año no se ha presentado	La certificación de planeación que ya se anexa a los estudios previos contiene la certificación del Plan de Adquisiciones actualizado.	Si
G. Bienes Administrativo s	faltante de suministros	Solicitudes no efectuadas.	Sensibilización a los todos los funcionarios y contratistas sobre el procedimiento para suministros	No se ha presentado quejas por faltante de suministros	Se hace cuando la gente pregunta. A través del correo institucional se hizo difusión del procedimiento	Si
G. Bienes Administrativo s	Solicitud de suministros inadecuados	Requerimientos no pertinentes	Revisión de solicitudes de suministros y respuesta sobre su pertinencia	Se ha disminuido el problema pero se presenta que la gente pide suministros en mucha cantidad o que no son pertinentes o necesarios	Se realizan las acciones planteadas	Si
G. Bienes Administrativo s	Mantenimiento inoportuno del parque automotor	Reportes inoportunos de fallas de los vehículos	seguimiento a bitacorras inspeccion pre-operacional del vehículo	No se ha manifestado	A través de un formato se hace revisión diaria del vehículo. La responsable del proceso revisa la hoja de vida de cada vehículo y tiene recordatorio en su puesto de trabajo sobre	Si

CITese : 20180126602993EI

G. Bienes Administrativos	Reportes inoportunos de daños en las instalaciones	Mantenimiento de las instalaciones inoportunamente	Efectuar los reportes de conformidad con la norma interna y a través de la herramienta dispuesta por la administración (Aranda)	Con los requerimientos hechos al Municipio, se materializa el riesgo. Con los que se hace a la administración del edificio, si es efectivo con la Copropiedad	No	Se utiliza la herramienta Aranda y el correo electrónico. Se evidencia requerimientos muy viejos hechos al municipio y llegaron muy tarde	Si	No es clara diferencia entre riesgo - causa - consecuencia
G. Bienes Administrativos	Poca capacidad tubería	filtraciones de aguas lluvias	Seguimiento permanente y aviso de novedades	En el año 2018 no se ha materializado	Si	Se hace el seguimiento cuando llueve	Si	
G. Bienes Administrativos	No determinación de la necesidad de medir la satisfacción	No medición de satisfacción frente a entrega suministros	Determinar encuesta de satisfacción frente a entrega de suministros	No es posible determinar la efectividad ante la inadecuada descripción del riesgo.	ND	Se evidencia tabulación de una encuesta realizada en abril de 2018	Si	
G. Bienes Administrativos	No se había identificado la necesidad de implementar el procedimiento	No tener un procedimiento que indique el que hacer y sus secuencias en situaciones de hurto, caso fortuito o fuerza mayor de bienes en cartera	Elaborar procedimiento para situaciones de hurto, caso fortuito o fuerza mayor de bienes en cartera	El procedimiento se tiene	Si	Procedimiento aprobado en agosto	Si	
G. Documental	Falta de aplicación de la normapor parte de los servidores y contratistas	Acumulacion de los documentos en el archivo de gestion y central	Controlar que los clientes internos realicen la transferencia de la documentación al archivo central. Diligenciar el formato unico de inventario documental. Implementacion cultura cero papel	Se evidencia que no se ha entregado UPDH	No	Se evidencian áreas con transferencia y otras no. Por ejemplo UPDH y Atención al Público, Talento Humano, Contratación, Jurídica, no ha hecho transferencia	No	
G. Documental	Falta de espacios asignados al archivo	Lugares no apropiados para el manejo de los archivos	Aplicar correctamente la normatividad reorganizar y adecuar espacios y asumir estrategias para almacenamiento	El sótano de la alcaldía no cumple con las condiciones de temperatura exigidos por Ley	No	Hubo adecuaciones en el sótano de la alcaldía en el mes de mayo. La promotora manifiesta que falta mejorar ventilación en el sótano	Parcial	
G. Documental	No participación del personal dispuesto en el subproceso	Manejo inadecuado de los archivos	socializar, capacitar y aplicar normatividad y procedimientos, efectuar control de salida y entrada de documentos a través de planillas de control	La promotora manifiesta que siempre existirán algunas personas que no cumplen la normativa documental. Se disminuye pero no es posible eliminar el riesgo del todo. En auditoría se levanta observación por este riesgo	No	Registro de capacitación. No se evidencia planilla de control	Parcial	
G. Documental	Falta de controles para los	Perdida de	Seguimiento a través de planilla de	No se ha evidenciado	No	No se evidencia planilla	No	

CITese : 20180126602993EI

documentos/	documentos	control	este año perdida, sin embargo no se puede calificar el control efectivo por que no se realiza la planilla	de control	
G. Documental Falta reporte de eventos naturales	Perdida de De informacion por hecho natural en los archivos central	Efectuar reportes oportunos ante eventos	No ha pasado evento natural, no se puede determinar qué tan efectivo es el control	No se hace por que no es este el control que se habia pensado. Efectuar reportes después de la catástrofe no previene el riesgo	No El control está mal definido. La promotora reconoce que el control es otro: usar archivadores y guardar digital
G. Documental Falta de criterios unificados para la clasificación de documentacion	Entrega tardía de la correspondencia o mal direccionamiento del documento.	Capacitacion, reinduccion para el manejo de la clasificacion de la documentacion	Se ha mejorado tiempos pero no se ha eliminado. En un circulo de calidad de este año, las que recepcionan la informacion manifestaron que hay veces esperaban hasta un mes para enviar documentos juntos (así lo manifiesta promotora del proceso de Gestión Documental)	Se presenta registro de asistencia de capacitación a auxiliares	Si Persisten problemas en el reparto inadecuado
Satisfacción P.I Desconocimiento de los requisitos de ley aplicables a este proceso y norma interna de la entidad	No tratamiento a quejas, reclamos, sugerencias y reconocimientos	Seguimiento trimestral a Q,R,S,R, aplicación de procedimientos y normas	A la fecha, no existe evidencia alguna que indique el no tratamiento a alguna queja, reclamo o sugerencia	Se envian trimestralmente a OCI cuando se pide	Si
Satisfacción P.I No existen los canales o medios para la recepción de las Q,R,S,R	No recepción de Q,R,S,R en la Entidad	Monitoreo y seguimiento Permanente a los sitios y formas de recepción de Q,R,S,R, presentación informes mensuales	A la fecha, no existe evidencia alguna que indique la "no recepción" de QRSR	No se hacen informes mensuales (responsable del proceso dice que es un error que hay en el mapa. Mensualmente se hace un usuario incógnito a la Web para verificar que funcione. Y se hacen actas de apertura a los buzones.	Si
Satisfacción P.I Falta de una adecuada administración en las comunicaciones externas.	No envío o entrega de respuesta al usuario	Guia de envío al usuario por parte de centro documental o soporte de envío de correo electrónico por parte del funcionario/contratista responsable, Formato control y seguimiento de comunicaciones	No se ha presentado queja o hallazgo que evidencie materialización de este riesgo	Se evidencia control en formato a las guías de respuesta al usuario	Si

CITISE : 20180126602993E1

Satisfacción P.I	Desconocimiento de los requisitos de ley aplicables a este proceso y norma interna de la entidad	Respuesta extemporanea de Q,R,S,R	Indicadores, auditorias internas, seguimiento y evaluación por parte de la Oficina de Control Interno	En el informe de auditoria de la OCI sobre la atención de QRSRS, se evidencian retrasos en algunas respuestas de QRSRS según los tiempos establecidos por la ley	No	Se hace seguimiento a los indicadores	Si	No es adecuado establecer como acción de control "control interno". Los líderes, como primera línea de defensa deben establecer sus propios controles. La OCI se constituye en la 3ra línea
Satisfacción P.I	Desconocimiento de norma interna y procedimiento. Desconocimiento del requisito asociado a la norma ISO 9001:2015	No realización de encuestas a las partes interesadas o Stakeholders	Evidencias físicas de las encuestas realizadas y difusión de los informes a los líderes de los procesos, Indicadores y auditorias internas.	Los controles no están bien definidos. Se han realizado las encuestas programadas	Si	Los controles no están bien definidos. Se han realizado las encuestas programadas	ND	
Satisfacción P.I	Desconocimiento de los requisitos de ley aplicables a este proceso,	No disponer de reglamento interno para el trámite de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias en la entidad.	Manual Interno para el trámite de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias en la entidad.	Se evidencia en auditorias que hay incumplimiento frente a petición por falta de manual, protocolo o procedimiento	No	La contratista hizo un borrador y desde Gestión Jurídica se viene trabajando el manual para la atención y gestión de derechos de petición	Parcial	
Mejoramiento Continuo	Desconocimiento del tema por parte de los líderes del proceso	No realización de acciones definidas en el Plan de mejoramiento	capacitación a los líderes.	En auditoria a planes de mejoramiento se evidencia que hay muchas acciones que no se hacen y debilidades en este tema	No	Evidencia de capacitación a Observatorios, Jurídica, G. Documental, UPDH, etc. Correos electrónicos	Si	
Mejoramiento Continuo	Falta de motivación con el tema por parte de equipos de trabajo	No elaboración de Plan de mejoramiento	sensibilización	Si bien se definen planes de mejora (no siempre adecuadamente) como respuesta a las auditorias de calidad, no se están definiendo por otras fuentes como : auditoria OCI, servicio no conforme, PQRS, etc	No	Correos electrónicos a diversos procesos	Si	
Mejoramiento Continuo	No es adecuado la presentación de los informes	No realizar los informes de planes de mejoramiento de conformidad con lo planeado en el PO	Modificar el Plan operativo en relación a la presentación de los informes	No hay claridad en el riesgo, por tanto no es posible establecer su efectividad	ND	Se modificó el Plan Operativo para no hacer el informe. Sin embargo la OCI hace sugerencia de que se debe hacer monitoreo a los planes de mejoramiento continuo	Si	No es claro cuál es el riesgo

CITISE : 20180126602993EI

<p>Evaluación Independiente</p>	<p>Desconocimiento de la norma * Falta de recursos humanos dentro del área de Control Interno * Procesos proveedores que no proveen información de manera oportuna * Inadecuadas competencias de los funcionarios que ejercen funciones de auditoría en la OCI</p>	<p>Incumplimiento de presentación de informes conforme a la Ley (no se elabora o se elabora con retraso)</p>	<p>Revisar anualmente Normograma de la OCI y actualizar si es pertinente Emitir comunicaciones internas solicitando información necesaria para los informes a los procesos proveedores, con suficiente tiempo de antelación</p>	<p>Se emite un hallazgo de auditoría de calidad porque un informe (evaluación dependencias) se entrega con un día de retraso</p>	<p>No</p>	<p>Se revisó el nomograma. Se plante nueva revisión para el último trimestre del año</p>	<p>Si</p>
<p>Evaluación Independiente</p>	<p>Desconocimiento de la norma * Inadecuadas competencias de los funcionarios que ejercen funciones en la OCI * Falta de apoyo por parte de la Alta Dirección</p>	<p>Incumplimiento en las funciones legalmente establecidas (evaluación y seguimiento) relacionadas al Sistema de Control Interno</p>	<p>Revisar anualmente Normograma de la OCI y actualizar si es pertinente Revisar anualmente Políticas del Proceso de evaluación y ajustar acorde a la normativa interna vigente Convocar mínimo tres veces al año al Comité de Coordinación de Control Interno y desarrollar temas relevantes</p>	<p>No se evidencia incumplimientos de las funciones de ley (no hay observaciones de auditorías internas o externas por esta situación</p>	<p>Si</p>	<p>Se revisó el nomograma. Se plante nueva revisión para el último trimestre del año</p>	<p>Si</p>
<p>Evaluación Independiente</p>	<p>Limitado equipo auditor (no hay suficientes) * Inadecuada comunicación del programa de auditoría * Interferencia de las actividades de auditoría con las actividades misionales y operativas de la entidad</p>	<p>Incumplimientos en la ejecución del programa de Auditorías de Calidad (actividades de auditoría sin ejecutar)</p>	<p>* Reforzar difusión procedimiento Auditoría Interna * Integración de nuevos auditores al Equipo Auditor * Brindar capacitación a nuevos Auditores en Formación</p>	<p>Se cumplió en 100% para este año</p>	<p>Si</p>	<p>Se realizó socializaciones y capacitaciones</p>	<p>Si</p>
<p>Evaluación Independiente</p>	<p>Falta de formación del equipo auditores - pocas habilidades para la redacción de hallazgos * Formación a los auditores no eficaz</p>	<p>Resultados de auditoría que no generan valor para la Entidad</p>	<p>* Reforzar capacitación al equipo auditor (habilidades de Auditoría) * Aplicar evaluación de desempeño de los auditores y solicitar planes de mejora a los que tengan bajo desempeño * Realizar retroalimentación con los auditores después de cada evento de formación a fin de aclarar dudas y establecer mejoras para posteriores capacitaciones</p>	<p>No ha habido queja formal por resultados de auditoría que no aporten. Los líderes han aceptado los informes de auditoría</p>	<p>Si</p>	<p>Se hizo capacitación externas e interna</p>	<p>Si</p>