

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20201100032623**

Página 1 de 6

Bogotá D.C., 24 de julio de 2020

PARA: GERMAN GUILLERMO SANDOVAL
Jefe Oficina Asesora de Planeación

RUBEN DARIO PERILLA CARDENAS
Subdirectora Administrativa y Financiera

CARLOS ARTURO QUINTANA ASTRO
Subdirector de Asuntos Legales

HERMES HUMBERTO FORERO
Subdirector Recolección, Barrido y Limpieza

FREDY FERLEY ALDANA ARIAS
Subdirector de Disposición Final

KAREN ANDREA CASTAÑEDA GARCIA
Subdirectora de Servicios Funerarios y Alumbrado Público

ALVARO RAUL PARRA ERAZO
Subdirectora de Aprovechamiento

CESAR MAURICIO BELTRAN LÓPEZ
Jefe Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones

JULIAN CAMILO AMADO VELANDIA
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones.

DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO: Resultados de Auditoría al Sistema de Gestión, y de la medición FURAG.

Respetados(as) Doctores(as):

De conformidad con el Plan Anual de Auditorías PAA 2020 se planificó verificar la eficacia del Sistema de Gestión operante en la UAESP, considerando los modelos MIPG, MECI y NTC - ISO 9001:2015, considerando la iniciativa de Auditorías Internas con enfoque integrado realizados en la Entidad, por lo tanto, se preparó, planificó y ejecutó la presente auditoría cuya metodología, limitaciones y resultados se detallan en los documentos adjuntos.



MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20201100032623**

Página 2 de 6

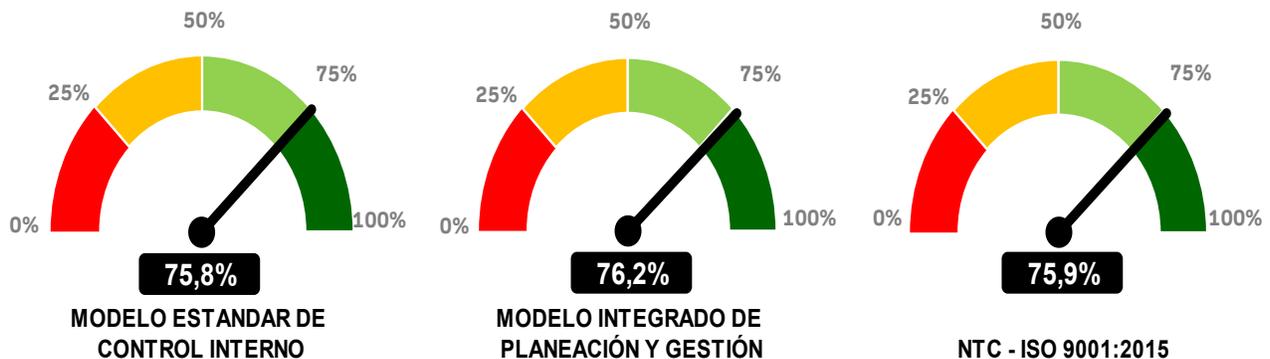
Bogotá D.C., 24 de julio de 2020

RESULTADOS GENERALES DE AUDITORIA

De los 159 aspectos de base evaluados según metodología, se evidencia 87 aspectos calificados por los auditores internos como conformes (54,7%), de los cuales y de acuerdo con evaluación, 84 aspectos se encuentran presentes y funcionando correctamente, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa. A continuación, se resumen los resultados:

	No Conforme	Observación	Conforme	Total
Deficiencia de control mayor (diseño y ejecución) No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha	4 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 2,5%
Deficiencia de control (diseño o ejecución) Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	4 4,6%	63 72,4%	0 0,0%	67 77,0%
Oportunidad de mejora Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva	0 0,0%	1 1,6%	3 3,4%	4 2,5%
Mantenimiento del control Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	0 0,0%	0 0,0%	84 96,6%	84 52,8%
Total	8 5,0%	64 40,3%	87 54,7%	159

Lo anterior significa que el Sistema de Gestión de la UAESP a la luz de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, **MECI**, registra un avance, en promedio del **75,8%**; bajo el contexto Modelo Integrado de Planeación y Gestión, **MIPG**, un **76,2%**; y bajo la **NTC ISO 9001:2015**, un **75,9%**.



MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20201100032623**

Página 3 de 6

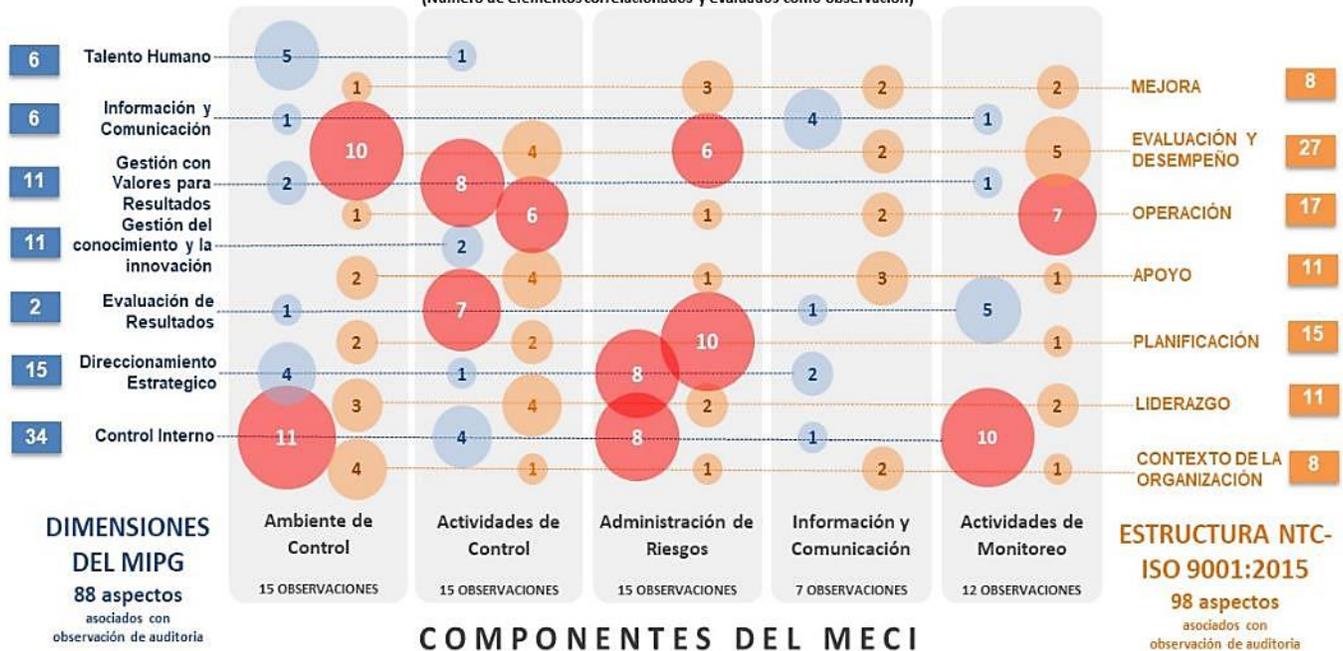
Bogotá D.C., 24 de julio de 2020

Lo anterior significa que la Unidad cuenta con componentes, dimensiones y elementos presentes y funcionando, que facilitan el cumplimiento de la misionalidad de la Entidad. Sin embargo, existen observaciones y no conformes por tratar.

Para ello se realizó análisis y relación del MECI y el MIPG, y relación del MECI y la NTC-ISO 9001:2015; se identificó el mayor número de aspectos asociados con las observaciones de auditoría establecidas; y se agrupó por componente del MECI, arrojando lo siguiente:

OBSERVACIONES DE AUDITORIA

Relacion MECI y MIPG versus Relacion MECI y NTC - ISO
(Número de elementos correlacionados y evaluados como observación)



De acuerdo con lo anterior, se observa mayores aspectos congregados (en color rojo), lo que significará que al tratarlos tendrán un mayor impacto en el sistema de Gestión dada la relación tripartita en los modelos de gestión (modelos MIPG, MECI y NTC - ISO 9001:2015), y que el documento anexo detallamos para facilitar la decisión de tratamiento (acciones de mejora)

Respecto de las No Conformidades identificadas por lo auditores internos (Informe y Anexo 2), recomendamos hacer los análisis conforme a lineamientos internos e informarlos de las



MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20201100032623**

Página 4 de 6

Bogotá D.C., 24 de julio de 2020

correcciones y acciones correctivas correspondientes.

RESULTADOS MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL

El Departamento Administrativo de la Función Pública, DAFP, recientemente publicó los resultados del avance de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG y del Modelo Estándar de Control Interno - MECI vigencia 2019, lo cuales se compran con los presentados en la vigencia 2018, así:



Dimensión	Puntaje consultado
▲	
D1: Talento Humano	68.4
D2: Direccionamiento Estratégico y Planeación	62.6
D3: Gestión para Resultados con Valores	68.1
D4: Evaluación de Resultados	63.2
D5: Información y Comunicación	70.3
D6: Gestión del Conocimiento	72.6
D7: Control Interno	64.2



Dimensión	Puntaje consultado
▼	
D7: Control Interno	86.1
D6: Gestión del Conocimiento y la Innovación	79.6
D5: Información y Comunicación	83.7
D4: Evaluación de Resultados	70.9
D3: Gestión con Valores para Resultados	88.4
D2: Direccionamiento Estratégico y Planeación	78.6
D1: Talento Humano	81.4

Lo anterior evidencia de acciones de mejora presentes en el Sistema de Gestión que permitieron incrementar en 19,2 puntos, considerando que desde el año 2018 se inició con la esta metodología de evaluación. Al verificar el índice de control interno, se evidencia:

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20201100032623**

Página 5 de 6

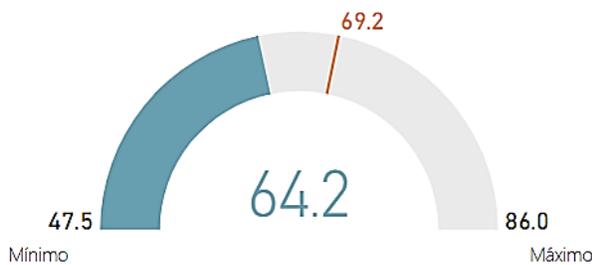
Bogotá D.C., 24 de julio de 2020

VIGENCIA 2018

Realizados en 2019

Índice de control interno

Promedio grupo par | Puntaje consultado



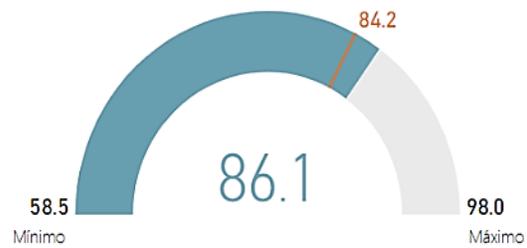
Dimensión	Puntaje consultado
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	61.8
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	57.9
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	63.1
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	68.9
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	66.4

VIGENCIA 2019

Realizados en 2020

Índice de control interno

Promedio grupo par | Puntaje consultado



Dimensión	Puntaje consultado
C1: CONTROL INTERNO: Ambiente propicio para el ejercicio del control	81.8
C2: CONTROL INTERNO: Evaluación estratégica del riesgo	87.5
C3: CONTROL INTERNO: Actividades de control efectivas	90.3
C4: CONTROL INTERNO: Información y comunicación relevante y oportuna para el control	84.2
C5: CONTROL INTERNO: Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora	77.8

En el Anexo 3 del presente documento, se congregaron las recomendaciones emitidas por el DAFP conforme a metodología, con el fin de que sean analizadas, propendiendo a continuar implementando acciones que facilitan el cumplimiento del desempeño institucional y misional de la Entidad.

CONCLUSIONES FINALES

Con la expedición del Plan de Desarrollo Distrital 2020 – 2024, Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para el siglo XXI, los presentes resultados del Sistema de Gestión producto de auditoría interna y resultados de medición de desempeño institucional servirán de base para replantear los objetivos estratégicos de la Unidad y alienarla a la nueva filosofía de gobierno de la Ciudad, y a su vez, subsanar debilidades del Sistema de Gestión operante en la UAESP, mejorando el índice de desempeño para las siguientes vigencias.



MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20201100032623**

Página 6 de 6

Bogotá D.C., 24 de julio de 2020

Por último, se informa que los resultados aquí contenidos serán parte del Informe Semestral del Sistema de Control Interno, en virtud del artículo 156 del Decreto 2106 de 2019.

Cordialmente,



ANDRÉS PABÓN SALAMANCA

Jefe Oficina de Control Interno

e-mail: andres.pabon@uaesp.gov.co

Anexos: Informe de Auditoria, Anexo 1 Resultados Generales, Anexo 2 Resultados Detallados, Anexo 3 Recomendaciones Resultados FURAG. (4 archivos virtuales)

Informado: Dra. Luz Amanda Camacho, Directora General UAESP



ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA	GESTIÓN Y RESULTADOS ⁽¹⁾	ANÁLISIS FINANCIERO Y CONTABLE ⁽¹⁾	LEGAL ⁽¹⁾	SISTEMA DE GESTIÓN ⁽²⁾
			x	MIPG y MECI NTC ISO 9001:2015
INFORME ⁽³⁾	Auditoría al Sistema de Gestión en la UAESP			
PROCESO, PROCEDIMIENTO, Y/O DEPENDENCIA	TODOS LOS PROCESOS			
RESPONSABLE Y/O AUDITADOS	Líderes de Proceso y/o Equipos de trabajo designados			
OBJETIVO	Verificar la eficacia del Sistema de Gestión operante en la UAESP, considerando los modelos MIPG, MECI y NTC - ISO 9001.			
ALCANCE	Todos los procesos de la Unidad, Sede Administrativa y Sede gestión documental, y de las actividades desarrolladas con corte agosto 31 de 2019.			
PERIODO DE EJECUCIÓN	Del 16/06/2020 al 31/07/2020			
EQUIPO AUDITOR	Andrés Ortiz – EAO, José Pinzón – JIP, Iván Sierra -IDS, Harold Puentes – HMP.			
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA ⁽⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> · Artículo 14 de la Ley 87 de 1993, modificado por los artículos 9 de la Ley 1474 de 2011, 231 del Decreto 019 de 2012 y 156 del Decreto 2106 de 2019. · MIPG, versión vigente. · MECI, versión vigente. · ISO 9001:2015 · Matriz correlación MIPG e ISO 9001, Secretaria General Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. · Instructivo General Formato Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno, mayo 2020, según DAFP. 			

(1) Marque con X el enfoque de la Auditoría Interna.

(2) Señale el (los) sistema(s) de gestión evaluado(s).

(3) Establezca el título general del Informe de Auditoría Interna.

(4) Realice una relación de la documentación analizada con base en los criterios de auditoría definidos

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

1.1. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA: De conformidad con el Plan Anual de Auditorías PAA 2020 se planificó verificar la eficacia del Sistema de Gestión operante en la UAESP, considerando los modelos MIPG, MECI y NTC - ISO 9001:2015, considerando la iniciativa de Auditorías Internas con enfoque integrado realizados en la Entidad, por lo tanto, se preparó, planificó y ejecutó la presente auditoría con los presentes resultados, así:

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

a. La base metodológica y de calificación se basó en los lineamientos de DAFFP, respecto al formato informe Sistema de Control Interno parametrizado, (ver link: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/36216034/Formato-informe-sci-parametrizado-final.rar/a03f3d25-bb51-20c8-1eee-dff7a4c1c07c?t=1588201893877>). Conforme a lo anterior, se realizó las siguientes verificaciones:

- Revisión de 81 preguntas contenidas en el formato, determinando la articulación con los componentes del MECI, MIPG y NTC - ISO 9001:2015.
- Revisión informe de auditoría al Sistema de Gestión anterior, incluyendo los aspectos evaluados con menor calificación (Rad. Uaesp 20191100062033, ver link: http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/control/Informe_SIG_Integrado_2019.pdf), determinando la articulación con los componentes del MECI, MIPG y NTC - ISO 9001:2015.
- Consolidación de instrumentos en 159 aspectos de base a evaluar y calificarse. La relación con los modelos de gestión fue así:
 - MECI: Ambiente de Control, 33 criterios; Administración de Riesgos, 31 criterios; Actividades de Control, 44 criterios; Información y Control 23 criterios; y, Actividades de Monitoreo 28 criterios.
 - MIPG: Talento Humano, 16 criterios; Direccionamiento Estratégico, 30 criterios; Gestión con Valores para Resultados, 33 criterios; Evaluación de Resultados, 27 criterios; Información y Comunicación, 20 criterios; Gestión del conocimiento y la innovación, 2 criterios; y Control Interno, 83 criterios.
 - NTC - ISO 9001:2015: Contexto de la organización, 19 criterios; liderazgo 35 criterios; planificación, 32 criterios; apoyo, 42 criterios; operación, 43 criterios; evaluación y desempeño, 71 criterios; y, mejora 21 criterios.
- Definición de convenciones de trabajo, así:

Convenciones Auditores Internos	
HMP	HAROLD MARCEL PUENTES
IDS	IVAN DARIO SIERRA
JIP	JOSE IGNACIO PINZON
EAO	EDGAR ANDRES ORTIZ

Convenciones MECI	
AC	Ambiente de Control
AR	Administración de Riesgos
Act. C	Actividades de Control
IC	Información y Control
M	Actividades de Monitoreo

Convenciones MIPG	
DTH	Talento Humano
DDE	Direccionamiento Estratégico
DGVR	Gestión con Valores para Resultados
DER	Evaluación de Resultados
DIC	Información y Comunicación
DGC	Gestión del conocimiento y la innovación
DCI	Control Interno

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

- Los criterios de evaluación refieren a "Si se encuentra Presente", y a "si se encuentra Funcionando", considerando las siguientes categorías:

EVALUACIÓN		CATEGORIAS
"Presente"	Se referencia el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta.	1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.
	Nota: Entendase "diseñada" como aquella actividad que cuenta con un responsable(s), periodicidad (cada cuanto se realiza), propósito (objetivo). Como se lleva a cabo (procedimiento), qué pasa con las desviaciones y/o excepciones (producto de su ejecución) y cuenta con evidencia (documentación).	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas
		3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.
"Funcionando"	Se basará de acuerdo con los criterios y basado en los resultados reportados por la Oficina de Control Interno	1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)
		2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias
		3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.

- La interpretación de los resultados de evaluación, se consideró la siguiente clasificación:

Clasificación	Descripción	Observaciones del Control
Mantenimiento del Control 1	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 3 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
Oportunidad de Mejora 0,75	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva
Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución) 0,5	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 2 (funcionando); 3 (presente) y 1 (funcionando); 3 (presente) y 2 (funcionando); 2 (presente) y 1 (funcionando)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.
Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución) 0,25	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 1 (presente) y 1 (funcionando); 1 (presente) y 2 (funcionando); 1(presente) y 3 (funcionando).	No se encuentra presente por lo tanto no esta funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha

- El líder de auditoría verifica competencia basado en educación, formación o experiencia laboral respecto del equipo de trabajo disponible, seleccionando equipo auditor y definiendo roles.
- Realización de jornadas de entrenamiento al equipo auditor referentes acciones para fortalecer la ejecución de auditoría, recordar de la información documentada del procedimiento, y requisitos relacionados con el MECI, MIPG y NTC ISO 9001:2015.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

- d. Análisis de la documentación publicada en dirección virtual destinada para el SIG (Micrositio SIG), resultados de Auditorías durante la Vigencia 2020, con especial atención en la Evaluación por Dependencias, por parte del equipo auditor, con el objetivo de completar y complementar papeles de trabajo.
- e. Ejecución de visitas en sitio (reuniones en plataforma tecnológica), según planificación y concertación con los líderes y equipos de trabajo de los procesos.
- f. Análisis de resultados y presentación de informe. En términos generales, se trabajó de la siguiente forma:
- Definición de métodos y estructura de documento de presentación para reunión de cierre, e informe final, presentado por el líder de auditoría y validado con el equipo auditor.
 - Listas de verificación, evidencias y otros papeles de trabajo digitalizados en carpeta virtual en OneDrive, y en físico.
 - Realización de mesas de trabajo para aclaración y definición de dudas frente hallazgos de auditoría, y definición de auditores líderes de consolidación de información
 - Consolidación y preparación de informe final.

1.2. LIMITACIONES DE AUDITORÍA: a continuación, se citan algunos aspectos que pudieron impactar el desarrollo de la presente auditoría:

- La Auditoría se hubiese potenciado en virtud de ratificar al equipo con auditores con curso aprobado en ISO 9001. No obstante, miembros del actual equipo de trabajo participaron en la auditoría al Sistema de Gestión durante la vigencia 2019. Así mismo participaron en Capacitación durante el mes de abril frente a la metodología utilizada, impartida por el DAFP.
- Auditoría bajo modalidad de trabajo en casa, que pudo haber limitado la perspectiva respecto a trabajos analíticos, sustantivos y de cumplimiento en visita en sitio. No obstante, se programaron reuniones en plataformas tecnológicas para hacer entrevistas.

Así mismo, el manejo de tiempo dado el contexto de trabajo en casa y las dinámicas que implicaron laboralmente la emergencia ambiental y sanitaria por el Cobid-19

- Uso de papeles de trabajo e interpretación de diligenciamiento por parte de los auditados, dado a débil cuidado profesional del auditor durante el desarrollo de la Auditoría.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

- Algunos auditores y auditados no logran diferenciar el Sistema de Control Interno y Oficina de Control Interno, y continúan problemas en diferenciar áreas funcionales y procesos, conforme a seguimientos realizados y resultados presentados y revisados por Jefatura.
- El proceso de evaluación y mejora realizó un ejercicio de autoevaluación, con el fin de aproximarse a la metodología cuantitativa descrita en los anexos del presente informe.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

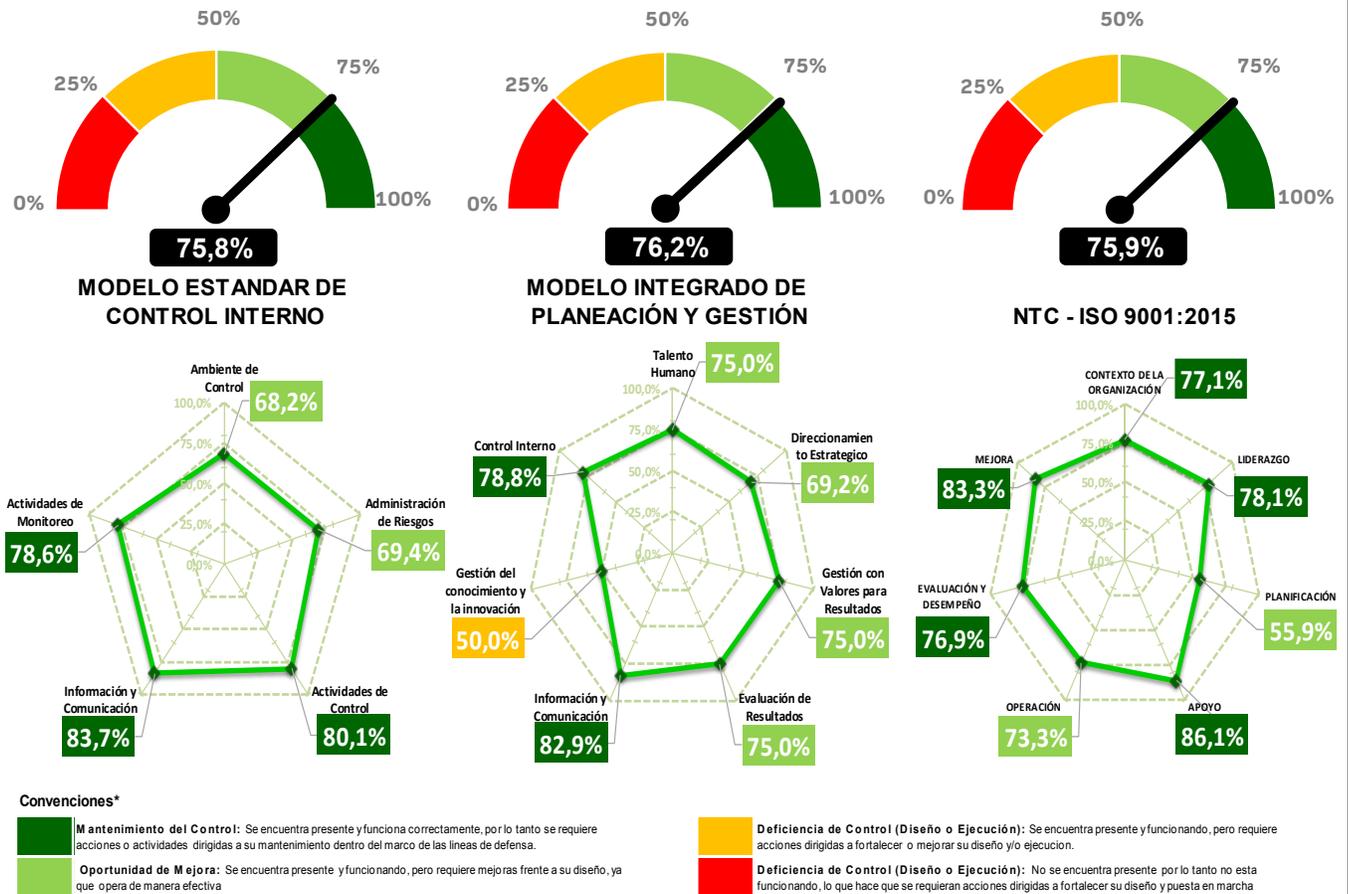
2.1. RESULTADO GENERAL. De los 159 aspectos de base evaluados según metodología, se evidencia 87 aspectos calificados por los auditores internos como conformes (54,7%), de los cuales y de acuerdo con evaluación, 84 aspectos se encuentran presentes y funcionando correctamente, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa. A continuación, se resumen los resultados:

	No Conforme	Observación	Conforme	Total
Deficiencia de control mayor (diseño y ejecución) No se encuentra presente por lo tanto no esta funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha	4 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 2,5%
Deficiencia de control (diseño o ejecución) Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	4 4,6%	63 72,4%	0 0,0%	67 77,0%
Oportunidad de mejora Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva	0 0,0%	1 1,6%	3 3,4%	4 2,5%
Mantenimiento del control Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	0 0,0%	0 0,0%	84 96,6%	84 52,8%
Total	8 5,0%	64 40,3%	87 54,7%	159

2.2. SISTEMA GESTIÓN PRESENTE Y FUNCIONANDO: Resultado de la aplicación del papel de trabajo respecto de los criterios evaluados y metodología acorde a lineamientos del DAFP, previo análisis de correlación entre el MECI, MIPG, NTC ISO 9001 respecto de los 159 aspectos base evaluados, se evidencia que el Sistema de Gestión de la UAESP a la luz de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, **MECI**, registra un avance, en promedio del **75,8%**; bajo el contexto Modelo Integrado de Planeación y Gestión, **MIPG**, un **76,2%**; y bajo la **NTC ISO 9001:2015**, un **75,9%**.

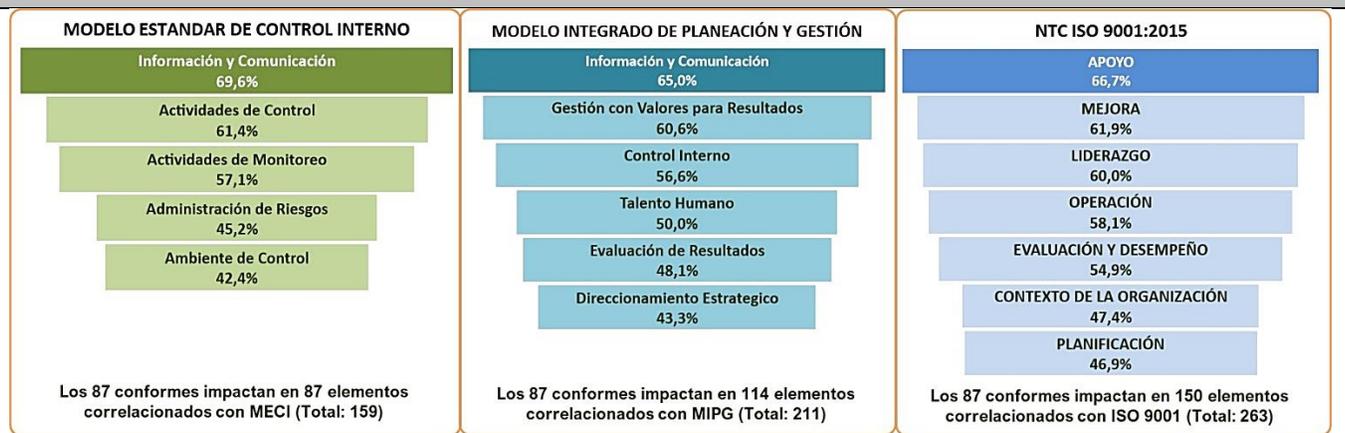
Lo anterior significa que la Unidad cuenta con elementos presentes y funcionando, que facilitan el cumplimiento de la misionalidad de la Entidad. Gráficamente, por modelo de gestión y componentes estructurales principales, se evidencia el siguiente avance:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS



2.3. Demostración de componentes y/o dimensiones presentes y funcionando. Según modelo de evaluación, de los 14 procesos evaluados se evidencia en 11 de estos y según modelo de gestión de referencia, los siguientes pesos porcentuales de criterios catalogados por los Auditores Internos como conformes respecto del total verificado:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS



En el Anexo 2 se detalla todos los hallazgos de auditoría por proceso, sin embargo, se destacan, dado su mayor peso porcentual de las siguientes conformidades, además de concatenar los tres modelos de gestión evaluados:

- Inventario de información relevante (interno/externa) y mecanismo que permite la actualización.
- Para la comunicación interna se cuentan con mecanismos que permiten dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que el personal entiende su papel en su consecución.
- Políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad).
- Políticas y procedimientos establecidas e implementadas que facilitan una comunicación interna efectiva.
- Se desarrolla e implementa controles que facilitan la comunicación externa, la cual incluye políticas y procedimientos, incluyendo contratistas y proveedores de servicios tercerizados.
- Controles establecidos e implementados que facilitan la comunicación externa (Políticas y procedimientos).
- Se observa canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos son reconocidos a todo nivel de la organización.
- Análisis de informes presentados por la Oficina de Control Interno, y evaluando el impacto y la mejora institucional.

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				
MECI	MIPG		NTC ISO 9001:2015	
IC	DIC	-	7.5	-
IC	DIC	-	7.4	7.3
IC	DIC	-	7.5	5.2
IC	DIC	-	7.4	-
IC	DIC	DCI	7.4	8.2.1
IC	DIC	-	7.4	-
IC	DIC	-	7.4	8.2.1
AC	DCI	-	10.2	9.3

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

- Se evidencia procesos y procedimientos para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién la analiza), y a la respuesta requerida (quién la canaliza y la responde).
- Procesos y procedimientos encaminados a evaluar la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar.
- Análisis de resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes

IC	DIC	-	7.4	7.5
IC	DIC	-	9.1	7.4
IC	DDE	-	9.1.2	10.0

2.3. ACCIONES CORRECTIVAS OPERANDO RESPECTO DE AUDITORÍAS INTERNAS. Se observa 135 acciones formuladas para 118 hallazgos en el Plan de mejoramiento de la Contraloría de Bogotá D.C.

PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA DE BOGOTÁ D.C.								
AÑO	CODIGO AUDITRÍA	No. ACCIONES	ESTADO					
			ABIERTA EN PROCESO	ABIERTA INCUMPLIDA	RECOMENDACIÓN DE CIERRE	CUMPLIDA EFECTIVA	CUMPLIDA INEFECTIVA	TOTAL
2016	261	1	0	0	1	0	0	1
2017	190	1	0	0	0	1	0	1
2017	223	2	0	0	2	0	0	2
2018	179	34	0	2	0	32	0	34
2018	183	1	0	0	0	1	0	1
2019	171	42	0	16	7	18	1	42
2019	182	2	2	0	0	0	0	2
2019	223	3	0	0	0	3	0	3
2020	223	49	49	0	0	0	0	49
TOTAL			51	18	10	55	1	135
% PARTICIPACIÓN			37,78	13,33	7,41	40,74	0,74	100

- De las 135 acciones se observa que 18 equivalentes al 13.33% están incumplidas, 15 están en responsabilidad de la SAF, 1 en responsabilidad de la SSFAP, 1 en responsabilidad de TIC y 1 responsabilidad de todos los procesos. Se evidencia que 6 se dan por incumplidas por el ente de control en el informe final de auditoría de regularidad Código 223 Pad 2020 y 12 se observan incumplidas por fecha pero que la Contraloría no ha solicitado evidencias para cierre, para estas últimas se realizara seguimiento y verificación de evidencias en la auditoría de gestión por dependencias programada para septiembre del año 2020. Es necesario aclarar que para las 6 acciones que están incumplidas, de los hallazgos 3.1.1.1, 3.3.1.1, 3.1.3.11, 3.1.3.7, 3.1.3.8 y 3.1.3.9 y en responsabilidad de la SAF,

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

OTIC, SSFAP Subdirecciones y Oficinas, según informe final de auditoría de regularidad código 223 Pad 2020, según lo establecido por el ente de control informa “El sujeto de vigilancia y control deberá culminar las acciones incumplidas dentro de los siguientes 30 días hábiles improrrogables, contados a partir de la fecha de la comunicación del informe final de auditoría (radicado)...”, es decir los procesos encargados deberán dar información y evidencias para poder cerrar estas acciones a más tardar el 27 de julio de 2020.

- Así mismo, se observa una acción equivalente al 0.74% cumplida inefectiva según informe final de auditoría de regularidad código 223 PAD 2020, esta acción está a cargo de las subdirecciones y oficinas.
- Por otra parte, se observan 10 acciones equivalentes al 7.41%, para recomendación de cierre, a las cuales se les ha realizado seguimiento y los procesos han soportado con evidencia ante la OCI para recomendar el cierre ante el ente de control.
- Se observan, 51 acciones equivalentes al 37.78% abiertas en procesos, de las cuales 49 acciones se formularon para los 32 hallazgos identificados en el informe final de auditoría de regularidad código 223 PAD 2020.
- Así mismo, se observan 55 acciones equivalentes al 40.74% cerradas o cumplidas efectivas por el ente de control, de acuerdo con lo establecido en el informe final de auditoría de regularidad código 223 PAD 2020.

Por lo anterior se observa que para el plan de mejoramiento de la Contraloría de Bogotá D.C. estarían en proceso 80 acciones, teniendo en cuenta el cierre de las 55 acciones que se observan en el informe final de auditoría de regularidad código 223 PAD 2020.

2.3.1. Se observan 5 acciones equivalentes al 26.32%, para recomendación de cierre correspondientes a vigencias pasadas las cuales ya se ha solicitado a la Contraloría General de la Republica se cierren en el aplicativo Mediante oficio No. 20191100320961 de fecha 23/12/2019.

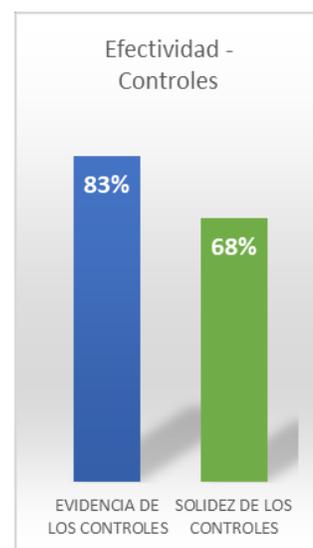
PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA							
AÑO	No. ACCIONES	ESTADO					TOTAL
		ABIERTA EN PROCESO	ABIERTA INCUMPLIDA	RECOMENDACIÓN DE CIERRE	CUMPLIDA EFECTIVA	CUMPLIDA INEFECTIVA	
2012	1	0	0	1	0	0	1
2013	2	0	0	2	0	0	2
2016	2	0	0	2	0	0	2
2020	14	10	4	0	0	0	14
TOTAL		10	4	5	0	0	19
% PARTICIPACIÓN		52,63	21,05	26,32	0,00	0,00	100

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

- Por otra parte, se observan 14 acciones para 9 hallazgos formulados en la vigencia 2019, de los cuales se observan 4 acciones equivalentes al 21.05%, abiertas incumplidas bajo responsabilidad de la SRBL.
- Se observan 10 acciones equivalentes al 52.63%, abiertas en proceso en términos las cuales se deben cerrar en diciembre según la fecha de cierre establecida por la SRBL y SDF.
- Es necesario aclarar que el último seguimiento realizado por la OCI fue con corte a 30 de junio de 2020.

2.4. CONFORMIDAD: ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS. En el seguimiento realizado por la OCI a los Mapas de Riesgos de Gestión se evidencia que actualmente se han identificado doce (12) riesgos de Gestión y cuarenta (40) controles a nivel institucional. La tabla a continuación detalla por dependencia los riesgos, controles establecidos, evidencia de los controles y la solidez de los controles de acuerdo con el análisis realizado de la efectividad de estos, con corte a primer trimestre de 2020:

AREA/PROCESO	RIESGOS IDENTIFICADOS	CONTROLES ESTABLECIDOS	EVIDENCIA DE LOS CONTROLES	SOLIDEZ DE LOS CONTROLES
SUBDIRECCIÓN ADMIN.FINANCIERA (SAF)	1	1	100%	100%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO (DE)	1	5	50%	50%
GESTION DE COMUNICACIONES (GC)	1	4	50%	50%
GESTION TECNOLOGICA Y DE LA INFORMACIÓN (GTI)	2	8	100%	100%
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS FUNERARIOS (SF) Y ALUMBRADO PÚBLICO (AL)	2	2	100%	100%
SUBDIRECCIÓN DE DISPOSICIÓN FINAL (DF)	1	5	100%	100%
SUBDIRECCIÓN DE APROVECHAMIENTO (APROV)	1	3	50%	41,70%
SUBDIRECCIÓN DE RECOLECCIÓN, BARRIDO Y LIMPIEZA (RBL)	1	5	100%	30%
SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS LEGALES (SAL)	2	7	100%	36%



De los doce (40) controles establecidos, se observa la evidencia de la ejecución del control al 100% en 6 de las 9 Dependencias, en los 3 restantes se evidencia un 50% de la ejecución del control.

Para el caso de la solidez del control, se evidencia 4 Dependencias con una efectividad del 100%, y 5 Dependencias con una efectividad \leq 50%.

Por lo anterior, en los riesgos de gestión o proceso, se observa una estimación promedio de la evidencia de la ejecución de los controles del **83%**, y una solidez del control en cuanto a la efectividad del diseño

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

del 68%. Lo anterior denota una gestión y seguimiento a las actividades de control que permiten que los riesgos no se materialicen.

2.5. CONFORMIDAD – PAAC: Respecto al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, PAAC, se realizó verificación del cumplimiento a 59 actividades programadas, con un resultado en promedio del **18%**.

COMPONENTE	ACTIVIDADES POR SUBCOMPONENTE	ACCIONES PREVISTAS	AVANCE
Componente 1 Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos	5	5	40%
Componente 2 Racionalización de trámites	1	1	20%
Componente 3 Rendición de Cuentas	11	11	19%
Componente 4 Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano	14	14	7%
Componente 5 Mecanismos para la transparencia y acceso a la información Líder: Oficina Asesora de Planeación (Resolución 668 de 2019)	11	11	15%
Componente 6 Iniciativas adicionales	18	11	7%
TOTAL	60	53	18% PROMEDIO

2.4.1. El componente Gestión de Riesgos de Corrupción, registra un avance del 40%, equivalente al seguimiento de 5 actividades. Falta identificar los riesgos de corrupción asociados a los procesos de Innovación y Gestión del Conocimiento. La política de riesgos no ha presentado modificaciones ni aprobaciones para esta vigencia por el comité respectivo.

2.4.2. El componente Racionalización de Trámites, registra un avance del 20%, dado que se evidenció que se está estructurando los tiempos de ejecución con el área encargada dejando el inicio desde el 15 de mayo hasta el 30 de noviembre para el plan de trabajo, se está realizando un estudio para aumentar la capacidad de carga de documentos en la aplicación, Se están realizando cambios en la plataforma de la aplicación y no se han establecido campañas de socialización para usuarios y la entidad.

Por otra parte, es necesario informar que se dio trámite ante el SUI del Registro de seguimiento SUI el día 15/05/2020.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.4.3. El componente Rendición de Cuentas, se observa un avance del 19% equivalente al seguimiento de 10 actividades, de las cuales 3 tienen un avance promedio del 67%, 3 tienen un avance promedio del 7% y 4 actividades tienen avance 0% debido a que no se ha iniciado con lo establecido en el PAAC por parte del proceso encargado.

2.4.4. El componente Atención al Ciudadano, presenta un avance del 7%, equivalente al seguimiento de 14 actividades, de las cuales 3 presentan un promedio de avance del 25%, 5 presentan un avance promedio del 9% y 6 actividades presentan un avance de 0%.

2.4.5. El componente Transparencia y Acceso a la Información, Oficina Asesora de Planeación (Resolución 668 de 2019), presenta un avance del 15%, equivalente al seguimiento de 11 actividades, de las cuales 2 presentan un avance promedio del 25%, 4 presentan un avance promedio del 34%, 2 presentan un avance promedio del 8%, 2 presentan un avance promedio del 7% y una presenta un avance del 3 %.

2.4.6. El componente Iniciativas Adicionales, presenta un avance del 7%, equivalente al seguimiento de 18 actividades, de las cuales 2 presentan un avance promedio del 5%, 3 del 3% de avance promedio y 13 un avance promedio del 12 %, es de aclarar que el 12% corresponde a 9 actividades ya que de las para las 13 actividades 4 inician seguimiento a partir de septiembre de 2020.

2.5. CONFORMIDAD RIESGOS DE CORRUPCIÓN: En la verificación realizada por la OCI al Mapa de Riesgos de Corrupción se observó que se formularon 16 riesgos para los procesos de la UAESP de la siguiente manera:

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	
PROCESO	No. de riesgos
Direccionamiento Estratégico	1
Gestión de Comunicaciones	1
Gestión Integral de Residuos Sólidos	1
Alumbrado Público	1
Servicios Funerarios	1
Gestión de Talento Humano	1
Gestión financiera	1
Gestión Documental	1
Gestión de Apoyo Logístico	1
Servicio al Ciudadano	1
Gestión de Asuntos Legales	2
Gestión de Tecnológica y de la Información	1
Evaluación Control y Mejora	1
TOTAL	14

- Los procesos Direccionamiento Estratégico, Gestión Integral de Residuos Sólidos, Servicios Funerarios, Alumbrado Público, Gestión de Asuntos Legales, Gestión Documental, Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano, Gestión de Tecnológica y de la Información, Servicio

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

al Ciudadano y Evaluación y Mejora cuentan con riesgos Inherentes extremos, que con el tratamiento realizado obtuvieron un nivel de riesgo Residual Moderado.

- Los procesos Gestión de Comunicaciones y Gestión de Apoyo Logístico tiene cada uno un riesgo Inherente alto, los cuales fueron tratados obteniendo un nivel de riesgo Residual Moderado.
- El segundo riesgo de Gestión de Asuntos Legales cuenta con un riesgo Inherente Moderado que con el tratamiento realizado obtuvieron un nivel de riesgo Residual moderado.

3. OBSERVACIONES

3.1. OBSERVACIONES DE AUDITORIA DE ALTO IMPACTO SOBRE LOS MODELOS EVALUADOS. Según modelo de evaluación, los 14 procesos evaluados presentan observaciones de auditoría, es decir, alertas ante posibles riesgos de materialización, equivalentes a 64 aspectos base de evaluación (40,3%).

Al verificar la articulación de estas 64 observaciones con los modelos de gestión MECI, MIPG y NTC-ISO 9001:2015, se evidencia por dimensión, componente y elementos, según corresponde, el impacto en términos porcentuales, respecto de los aspectos correlacionados y evaluados como observación, así:



Al respecto y considerando que la base de evaluación se enmarca en el modelo de Gestión según MECI, se realizó un análisis de la articulación con las Dimensiones del MIPG y con los elementos de la NTC-ISO 9001:2015, con el fin de priorizar el tratamiento sobre las 69 observaciones decretadas por los Auditores internos, promoviendo eficacia y efectividad.

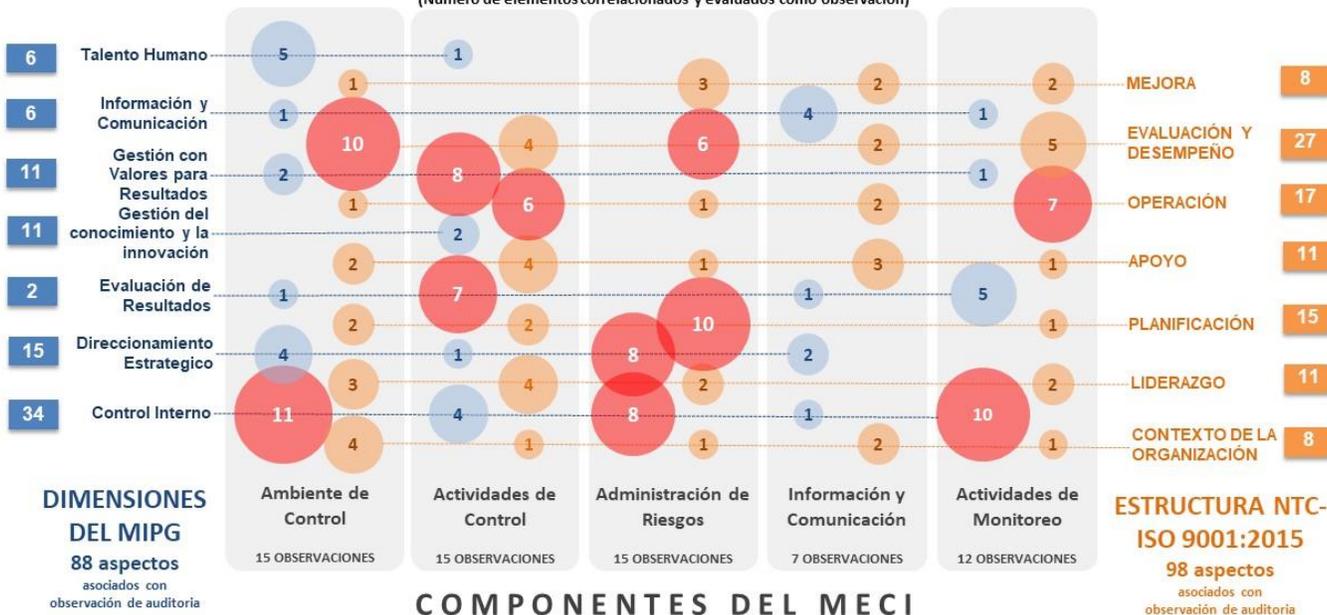
3. OBSERVACIONES

Para ello se realizó análisis y relación del MECI y el MIPG, y relación del MECI y la NTC-ISO 9001:2015; se identificó el mayor número de aspectos asociados con las observaciones de auditoría establecidas; y se agrupó por componente del MECI, arrojando lo siguiente:

OBSERVACIONES DE AUDITORIA

Relacion MECI y MIPG versus Relacion MECI y NTC - ISO

(Número de elementos correlacionados y evaluados como observación)



De acuerdo con lo anterior, se observa mayores aspectos congregados (en color rojo), lo que significará que al tratarlos tendrán un mayor impacto en el Sistema de Gestión operante dada la relación tripartita en los modelos de gestión, así:

- Componente Ambiente de Control (MECI) versus Dimensión Control Interno (MIPG); y numeral 9, Evaluación y Desempeño (NTC-ISO 9001:2015): 22 aspectos impactados para tratamiento.
- Componente Actividades de Control Administración de Riesgos (MECI) versus Dimensiones Evaluación de Resultados y Gestión con Valores para Resultados (MIPG); y numeral 8, Operación (NTC-ISO 9001:2015): 21 aspectos impactados para tratamiento.
- Componente Administración de Riesgos (MECI) versus Dimensiones Control Interno y Direccionamiento Estratégico (MIPG); y numerales 6, Planificación, y 9, Evaluación y Desempeño (NTC-ISO 9001:2015): 32 aspectos impactados para tratamiento.

3. OBSERVACIONES

- Componente Actividades de Monitoreo (MECI) versus Dimensión Control Interno (MIPG); y numeral 8, Operación (NTC-ISO 9001:2015): 17 aspectos impactados para tratamiento.

Conforme a lo anterior, se concluye la importancia de hacer tratamiento a los siguientes aspectos de base evaluados como observaciones que impactarán en mejorar el Sistema de Gestión operante en la UAESP, y que podrán detallar en el Anexo 2 la observación específica identificada por el auditor interno, calificación, recomendación, entre otros aspectos:

ID		RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				
		MECI	MIPG		NTC ISO 9001:2015	
7, 15, 19 y 71	<p>Débil definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa, dado que:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se observó políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1a línea de defensa). Falta de lineamientos y/o aplicabilidad de lo existente, acorde con la estructura del Esquema de Líneas de Defensa, respecto a estándares de reporte, periodicidad y responsables frente a temas críticos. Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa, no se observa implementación de procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones. <p>Procesos de Referencia: Direccionamiento estratégico y Gestión de las comunicaciones.</p>	AC M	DCI DTH	DIC	8.1 9.1 9.1.3	4.4 4.4.2 5.3 7.3
9, 22, 29, 31, 71, 77, 86, y 87	<p>Debilidades en la operatividad de la gestión de riesgos de la Unidad, dado que:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se observa evaluación de la Política de Administración del Riesgo, en el que se considere la aplicación, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo. Débil evaluación de la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo Deficiencias en la consolidación de información clave frente a la gestión del riesgo (2a línea de defensa) 	AC AR Act. C M	DDE DGV R	DCI	5.3 6.1 6.3 7.2	8.4 9.1 9.1.3 10.2

3. OBSERVACIONES

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen para algunos casos los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente. ▪ No se observan en los procesos evaluados que el diseño de controles se evalúe frente a la gestión del riesgo. ▪ No se evidenció suficiente claridad respecto de los procesos y/o servicios tercerizados, sean evaluados acorde con su nivel de riesgos. ▪ No se observa con claridad que se hayan establecido oportunidades que deban ser abordadas para asegurar que el Sistema de Gestión logre los resultados esperados. ▪ La Unidad no ha previsto con claridad de las acciones necesarias para abordar oportunidades. <p>Procesos de Referencia: Direccionamiento estratégico, Gestión del Conocimiento, Gestión de Asuntos Legales, Servicios Funerarios, Gestión Integral de Residuos.</p>					
<p>10, 18, 24, 75, 78, y 110</p>	<p>Debilidades en labores de seguimiento, monitoreo y evaluación, al considerar los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No se observa en la evaluación de la planeación estratégica, alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos, que garanticen de forma razonable el cumplimiento. ▪ Falta de claridad respecto a la evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo. ▪ Se evidencian confusiones frente a la aplicación de políticas o lineamientos en el que se establecen a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo. ▪ Débil evaluación en la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Gestión de la Entidad. ▪ Débiles análisis y evaluación de los datos y de la información que surgen del seguimiento y la medición. 	<p>AC Act. C M</p>	<p>DER DTH</p>	<p>DCI DIC</p>	<p>4.1 8.2.1 8.7</p>	<p>9.1 9.1.3 9.3 10.2</p>

3. OBSERVACIONES

	<ul style="list-style-type: none"> Débil documentación de análisis de los informes presentados por la Oficina de Control Interno, y/o evaluación del impacto en relación con la mejora institucional. <p>Procesos de Referencia: Direccionamiento estratégico, Gestión de Asuntos Legales, Servicios Funerarios, Gestión de las comunicaciones, Servicio al Ciudadano.</p>					
<p>20,</p> <p>33,</p> <p>34,</p> <p>36,</p> <p>38,</p> <p>39,</p> <p>y</p> <p>40</p>	<p>Respecto al liderazgo y labor de la Alta Dirección y su relación con el Sistema de Gestión, se observan las siguientes debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> No se evidencia documentación asociada con los análisis por parte de la Alta Dirección de la información asociada con la generación de reportes financieros. Débil documentación de la Alta Dirección, que acorde con el análisis del entorno interno y externo, defina los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción. Debilidades en el monitoreo de los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo Debilidades en la evaluación de fallas en los controles (diseño y ejecución) y para definir cursos de acción apropiados para su mejora. No se observa análisis de los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afecten la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa Débiles monitoreos de los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos <p>Procesos de Referencia: Evaluación y Mejora, y Direccionamiento estratégico</p>	<p>AC</p> <p>AR</p>	<p>DCI</p>	<p>DDE</p>	<p>4.1</p> <p>5.1</p> <p>6.1</p>	<p>8.4</p> <p>9.3</p> <p>10.2</p>
<p>35,</p> <p>47,</p> <p>81,</p> <p>y</p> <p>90</p>	<p>Debilidades en la definición de acciones de control en la ejecución de roles y responsabilidades en la Entidad, dado que:</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de claridad para el desarrollo de las actividades de control, respecto a la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas Ausencia de mecanismos como matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones. 	<p>AR</p> <p>Act. C</p> <p>M</p>	<p>DCI</p>	<p>DGV R</p>	<p>7.1.4</p> <p>9.1</p>	<p>4.4.</p> <p>5.3</p>

3. OBSERVACIONES						
	<ul style="list-style-type: none"> Falta de claridad del cómo actuar frente a las deficiencias de control interno y deber reportar a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes. Debilidades en la evaluación de la eficacia las acciones tomadas respecto de las acciones determinadas para adquirir la competencia necesaria. <p>Procesos de Referencia: Gestión de Apoyo Logístico, Servicios Funerarios, Gestión Integral de Residuos, Servicio al Ciudadano, Alumbrado Público, Gestión Financiera, y Gestión del Talento humano.</p>					
44	<p>Debilidades en el diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), respecto al cómo se integran de forma adecuada a la estructura de control de la Entidad.</p> <p>Procesos de Referencia: Direccionamiento estratégico</p>	Act. C	DGV R	DCI	4.4	5.2
79, 104, 105, y 106	<p>Se observan debilidades en determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar acciones necesarias para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencias de verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea). Debilidades en la toma las acciones adecuadas de acuerdo con la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Ausencias de verificación de la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes. Débil tratamiento de las salidas no conformes de una o más maneras. <p>Procesos de Referencia: Direccionamiento estratégico, Gestión de Asuntos Legales, Alumbrado Público, Gestión de las comunicaciones, Servicios Funerarios, Gestión Integral de Residuos.</p>	M	DCI	-DER	8.7 8.6	9.1 10.0
95 y 97	<p>Se observa, respecto a requisitos asociados con las actividades misionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Débil revisión de los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este. Conciencia de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, y/o de la información documentada pertinente a estos cambios. <p>Procesos de Referencia: Servicios Funerarios.</p>	M Act. C	DGV R	DER DTH	8.2.3	8.2.4

3. OBSERVACIONES

<p>98,</p> <p>99,</p> <p>100,</p> <p>101,</p> <p>y</p> <p>103</p>	<p>Debilidades en el establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios, considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Poca claridad del proceso de diseño y desarrollo. ▪ Débil determinación de las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios. ▪ Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, no se observa con claridad que se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios. ▪ No se observa con claridad aplicación de los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr. ▪ No se observa con claridad que se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios <p>Procesos de Referencia: Gestión Integral de Residuos.</p>	<p>Act. C</p>	<p>DGV R</p>	<p>DER</p>	<p>8.3.1</p> <p>8.3.2</p> <p>8.3.3</p>	<p>8.3.4</p> <p>8.3.6</p>
---	---	-------------------	------------------	------------	--	---------------------------

3.2. PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO, CON FALTA DE ACCIONES. Una vez realizada la verificación de los Planes de Mejoramiento de cada uno de los procesos (áreas) de la Unidad, como respuesta a los resultados de las auditorías internas realizadas en lo que va corrido de la vigencia (con corte a 30/06/2020), se obtuvo el siguiente consolidado:

- Se pudo establecer que, a 30 de junio de 2020, en el Plan de Mejoramiento se encuentran establecidos 87 hallazgos; de los cuales, 48 corresponden a No Conformidades y 39 a Observaciones. Para estos 87 hallazgos se formularon un total de 110 acciones, de las cuales, 48 corresponde a Acciones Correctivas y 58 a Acciones de Mejora.

3. OBSERVACIONES

PROCESO	HALLAZGOS (No conformidades)					OBSERVACIONES					TOTAL ACCIONES
	ACCIONES CORRECTIVAS					ACCIONES DE MEJORA					
	EN PROCESO	VENCIDA EN PROCESO	SIN TRATAMIENTO	CERRADAS	TOTAL	EN PROCESO	VENCIDA EN PROCESO	SIN TRATAMIENTO	CERRADAS	TOTAL	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	8				8	17				17	25
GESTIÓN FINANCIERA	3	6	13		22	15		5		20	42
GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DE LA INFORMACIÓN		1			1	2	3			5	6
GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES	3				3					0	3
EVALUACIÓN Y CONTROL					0	6				6	6
GESTIÓN DE ASUNTOS LEGALES	5				5	6				6	11
GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS (DF)	6				6					0	6
GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS (RBL)	2				2	2				2	4
GESTIÓN INTEGRAL DE RESIDUOS (APROV)	1				1			2		2	3
SERVICIOS FUNERARIOS Y ALLUMBRADO PÚBLICO		1	2		3					0	3
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO			1		1					0	1
	28	8	16	0	52	48	3	7	0	58	110

- En la tabla descrita arriba, se observa cada uno de los procesos con el número de acciones formuladas, siendo el proceso de Gestión Financiera con la mayor cantidad de Acciones tanto Correctivas como de Mejora, 22 y 20 respectivamente, para un total de 42 acciones (38% del total de acciones formuladas).

En el mismo proceso, se observa que tiene la mayor cantidad hallazgos a los que aún no se ha comunicado tratamiento alguno (18); es decir, no se ha formulado el respectivo Plan de Mejoramiento.

Así mismo, presenta el mayor número de Acciones Correctivas con un estado de “Vencidas y en Proceso” (6). El Proceso que le sigue en número de acciones, es el proceso de Direccionamiento Estratégico con 8 acciones correctivas y 17 acciones de mejora para un total de 42 acciones (23%), todas en estado “en proceso”.

- En relación con “No se ha comunicado tratamiento”, se observó que, de las 48 No Conformidades identificadas en las Auditorías Internas, el 33.3% no han presentado Plan de Mejoramiento y, de las 39 Observaciones, el 18%.

El anterior comportamiento esta limitando el seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente/usuario/ciudadano respecto al corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados.

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

No.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

<p>1 (ID 2 y 4)</p>	<p>Al verificar en los comités primarios de los procesos asociados con la Subdirección Administrativa y Financiera (SAF), éstos no se hicieron llegar al auditor ni se evidenciaron cargados conforme a lineamientos internos, razón por la cual, NO se logró evidenciar del tratamiento en alguno de los procesos liderados del SAF respecto de los mecanismos para el manejo de conflictos de interés, y de la evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, y dada la falta de evidencia suficiente, se declaró la No conformidad respecto de los requisitos asociados a los criterios a verificar.</p> <p>Lo anterior pone en evidencia debilidades frente las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes para atender satisfactoriamente los requerimientos, impactando la implementación eficaz del sistema de gestión y para la operación y control de sus procesos.</p>	<p>Numerales 7.1.1 7.1.2 de la NTC-ISO 9001:2015.</p> <p>Resolución UAESP 696 de 2017, Capítulo VI. (Parágrafo 2 del artículo 43)</p> <p>Componente Ambiente de control, del MECI</p> <p>Dimensión de Talento Humano, de MIPG</p>
<p>2 (ID 5)</p>	<p>Al verificar en el proceso Gestión del Talento humano lo referente al análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad, durante la ejecución de auditoría no se evidencia que se haya adelantado acciones para desarrollar el análisis sobre viabilidad.</p> <p>Lo anterior impacta al sistema de gestión en obtener la retroalimentación de los clientes/usuarios/ciudadanos relativa a los productos y servicios incluyendo las quejas de los clientes; así como en la labor de analizar y evaluar los datos y la información apropiados, de las percepciones de los clientes/usuarios/ciudadanos relativa del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas; y en el determinar los métodos para obtener y realizar el seguimiento y revisar esta información.</p>	<p>Numerales 8.2.1 y 9.1 de la NTC-ISO 9001:2015.</p> <p>Componente Ambiente de control, del MECI.</p> <p>Dimensión de Desarrollo Estratégico, del MIPG.</p>
<p>3 (ID 8)</p>	<p>Al verificar en el proceso Direccionamiento Estratégico lo referente a la definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa, se observa que la Entidad carece actualmente de la definición de líneas de reporte para la toma de decisiones de acuerdo con la estructura de líneas de defensa.</p> <p>De acuerdo con lo anterior, evidencia debilidades en las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes bajo el Esquema de Líneas de Defensa, de que éstos se comuniquen y se entiendan en toda la organización. Al no contar con reportes en temas</p>	<p>Numerales 5,3 y 9.1 de la NTC-ISO 9001:2015.</p> <p>Componente Ambiente de control, del MECI</p> <p>Dimensión de Control Interno e Información y Comunicación del MIPG</p>

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

	clave para la toma de decisiones atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa, impacta respecto de los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos.	
4 (ID 30)	<p>Al verificar en el proceso Direccionamiento Estratégico lo referente a la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa, promueve a la Alta Dirección analizar sus resultados y en especial considera si se han presentado materializaciones de riesgo, no se evidencia o presenta análisis sobre los resultados del monitoreo de las acciones para la mitigación de la materialización de los riesgos.</p> <p>Lo anterior impacta el análisis y evaluación y la revisión por la dirección respecto al desempeño de los procesos y la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.</p>	<p>Numerales 9.1.3 y 9.3.2 de la NTC-ISO 9001:2015.</p> <p>Componente Administración de Riesgo, del MECI</p> <p>Dimensión de Control Interno del MIPG.</p>
5 (ID 37)	<p>Al verificar en el proceso Direccionamiento Estratégico si acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes no se evidencia en el monitoreo del contexto interno y externo, el análisis que permita determinar la pertinencia de riesgos de la Entidad y/o posibles ajustes.</p> <p>Al respecto se está impactando el deber de realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre cuestiones externas e internas pertinentes para el propósito y la dirección estratégica y que afectan la capacidad para lograr los resultados previstos, por lo tanto, limitando la determinación de los riesgos y oportunidades que es necesario abordar.</p>	<p>Numerales 4.1 y 6.1 de la NTC-ISO 9001:2015.</p> <p>Componente Administración de Riesgo, del MECI</p> <p>Dimensión de Direccionamiento Estratégico del MIPG.</p>
6 (ID 47)	<p>Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos, línea de Recolección, Berrido y Limpieza, respecto a matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones, no fue posible realizar la verificación. Se indica que los roles están definidos e identificados en la Resolución 696 de 2017 para el Modelo de Transformación Organizacional de la Unidad. Al respecto se está impactando el deber de responsabilidades y autoridades para que los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan en toda la organización, al igual que en la determinación de la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión</p>	<p>Numerales 5.3 y 7,2 de la NTC-ISO 9001:2015.</p> <p>Componente Actividades de Control, del MECI</p> <p>Dimensión Gestión con Valores para Resultados del MIPG.</p>
7	<p>NO CONFORMIDAD – RIESGOS DE CORRUPCIÓN: No se evidencio documentación de riesgos de corrupción para los procesos Gestión de la Innovación y Gestión del Conocimiento.</p>	<p>Norma ISO 9001:2015, Numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.</p>

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

	<p>Lo anterior incumpliendo con lo establecido en Norma ISO 9001:2015, Numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.</p> <p>La causa del incumplimiento es por la incorporación de estos procesos al SIG de la unidad.</p>	<p>SIG - formato FM-12 Mapa de riesgos V9.</p>
--	--	--

5. CONCLUSIONES

La UAESP cuenta con un Sistema de Gestión presente y funcionando, en el que se evidencia un avance del 75,8% respecto de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, MECI; un avance, en promedio del 76,2% del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, MIPG; y un 75,9% de avance bajo la NTC ISO 9001:2015. Conforme a metodología de calificación aplicada, lo anterior significa que se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.

Lo anterior es el resultado de evaluar la presencia y funcionamiento de los 159 aspectos base y articulados con los componentes del MECI, las dimensiones del MIPG, y elementos de la NTC ISO 9001:2015, que en términos generales se resumen a continuación, y se puede detallar en el anexo 2:

	TOTAL	
Deficiencia de control mayor (diseño y ejecución) No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha	4	2,5%
Deficiencia de control (diseño o ejecución) Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	67	77,0%
Oportunidad de mejora Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva	4	2,5%
Mantenimiento del control Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	84	52,8%
Total	159	

6. RECOMENDACIONES

6.1. Se evidencia seguimiento al Plan de Acción, no obstante, es importante, reforzar de las acciones que permitan evidenciar la relación con los objetivos estratégicos y Plan de Desarrollo vigente. Así

6. RECOMENDACIONES

mismo, el de realizar la actualización correspondiente del PAI del Proceso, en virtud del reciente Plan de Desarrollo de la Ciudad, lo que significará la verificación del estado de los objetivos institucionales, con el propósito de establecer que estos, siguen siendo consistentes y apropiados para la Entidad.

Se observa que se conserva y mantiene información documentada respecto de las acciones que promueven la materialización de metas proyecto de inversión, objetivos estratégicos y metas Plan de Desarrollo, por medio de la definición de Iniciativas (Plan o Proyecto), metas e hitos, los cuales se programaron para la vigencia 2020.

6.2. En los riesgos de gestión, se evidencia una gestión importante en la efectividad de la ejecución de los controles con un avance promedio del 83%. No obstante, se observan debilidades en algunas dependencias que no han adoptado la metodología del formato establecido para el diseño de los controles.

6.3. Documentar los resultados de la Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano respecto de las segunda y primera línea de defensa, y publicar y/o comunicar sus resultados a los grupos de interés correspondientes.

6.4. Implementar estrategias eficaces que permitan el conocimiento de la Política de Conflicto de interés a todos los funcionarios y contratistas, así como su adecuada implementación. Efectuar seguimiento periódico a la política.

6.5. Fortalecer acciones para el cumplimiento sobre el desarrollo del análisis viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad.

6.6. Documentar la estructura de líneas de defensa, y con base en esto, es importante que la Entidad defina instrumentos e instancias de líneas de reporte, que le permitan a la Alta Dirección la toma de decisiones de manera efectiva.

6.7. Establecer las actividades pertinentes, para llevar a la instancia correspondiente, el análisis de los resultados de las acciones para mitigación de la materialización de los riesgos. Así mismo, establecer en el monitoreo de los factores externos e internos, el análisis a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes

6.8. Mantener y conservar información documentada para apoyar la operación de los procesos, con atención de las instancias definidas, dado que algunos comités no aportaron actas y/o documentos en oportunidad para realizar las verificaciones necesarias.

APROBACIÓN:



FIRMA

Jefe(a) de Oficina de Control Interno



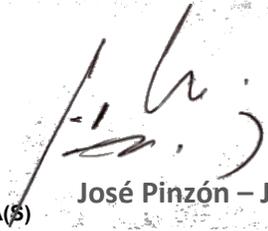
Andrés Ortiz – EAO



Iván Sierra -IDS



Harold Puentes – HMP



José Pinzón – JIP

FIRMA(S)

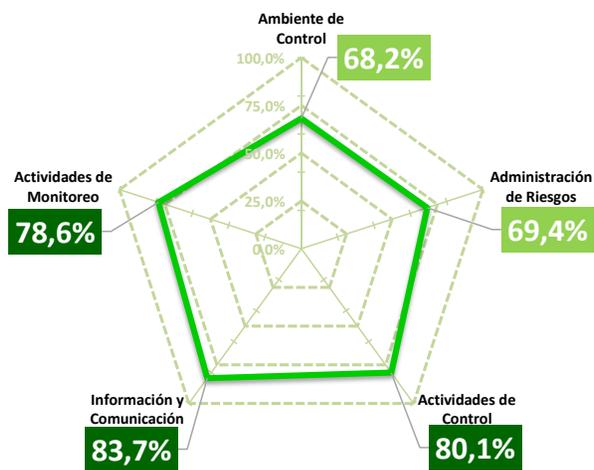
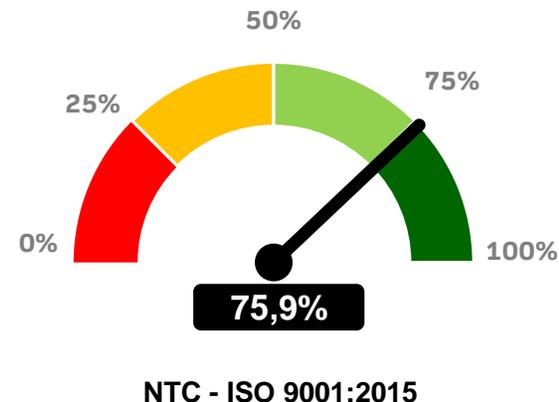
Auditor(es) Interno(s)

FECHA⁴:

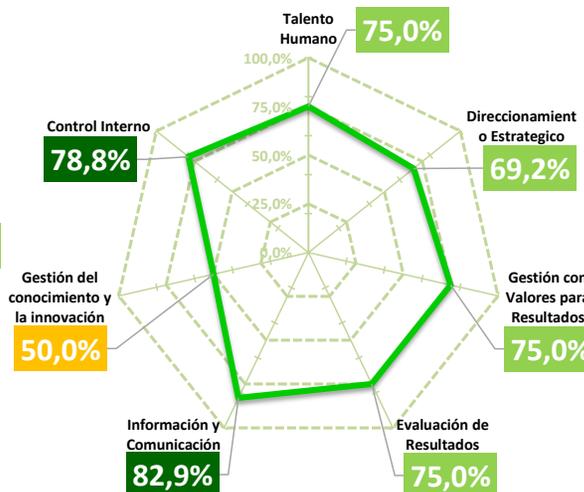
24/JULIO/2020

(4) Fecha en la cual el(la) jefe(a) de Oficina y los Auditores Internos designados APROBARON el Informe de Auditoría.

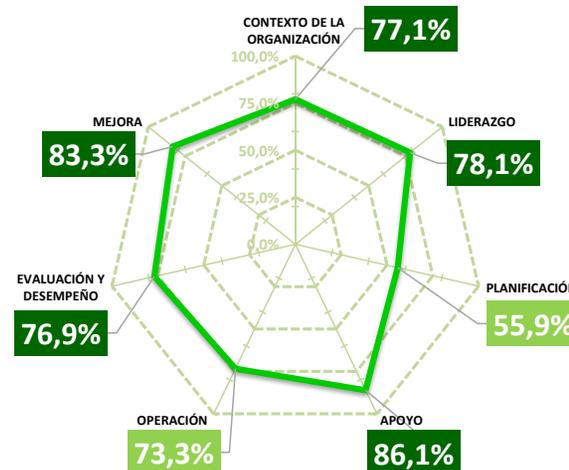
ANEXO 1: Estimación de avance según criterios verificados y metodología descrita en Anexo 2



Nota: 159 aspectos evaluados, así: Ambiente de Control, 33 criterios; Administración de Riesgos, 31 criterios; Actividades de Control, 44 criterios; Información y Control 23 criterios; y, Actividades de Monitoreo 28 criterios.



Nota: Con base en los 159 aspectos evaluados según MECI, se realizó correlación con las dimensiones del MIPG, identificando 211 criterios, así: Talento Humano, 16 criterios; Dirección Estratégico, 30 criterios; Gestión con Valores para Resultados, 33 criterios; Evaluación de Resultados, 27 criterios; Información y Comunicación, 20 criterios; Gestión del conocimiento y la innovación, 2 criterios; y Control Interno, 83 criterios.



Nota: Con base en los 159 aspectos evaluados según MECI, se realizó correlación con los deberes de la NTC - ISO 9001:2015, identificando 263 criterios, así: contexto de la organización, 19 criterios; liderazgo 35 criterios; planificación, 32 criterios; apoyo, 42 criterios; operación, 43 criterios; evaluación y desempeño, 71 criterios; y, mejora 21 criterios.

Convenciones*

- Mantenimiento del Control:** Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
- Oportunidad de Mejora:** Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva.

- Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución):** Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.
- Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución):** No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha.

* Se basó en los lineamientos de DAFP, respecto al Formato informe Sistema de Control Interno parametrizado, ver link: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/36216034/Formato-informe-sci-parametrizado-final.rar/a03f3d25-bb51-20c8-1eee-dff7a4c1c07c?1=1588201893877>

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *			EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)		TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE
MECI	MIPG	NTC ISO 9001				ID	PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?					
AC	DTH	7.1.2		HMP	Gestión del Talento humano	1	Aplicación del Código de Integridad. (incluye análisis de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados)	La Entidad mediante Resolución 345 de 2018 se adoptó el Código de Integridad la cual se encuentra publicada en la página web de la Unidad http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/documentos/Resolucion%20No.345-2018%281%29.PDF . Así mismo mediante Resolución 0036 del 2019 se conforma el comité de convivencia laboral de la UAESP	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	COMITÉ DE RESPONSABILIDAD SOCIAL (num 4) Actas de reunión (gestores de Integridad) Comité de convivencia laboral	Se observa acta de reunión No. 1 de enero 33 de 2020 reunión Gestores de Integridad cuyo objeto fue revisión del Plan de Gestión de Integridad para la vigencia 2019 y la formulación del mismo para el 2020. Acta de reunión No. 2 seguimiento gestores de Integridad, objeto formular acciones para el desarrollo de las actividades del Plan de gestión Integral 2020	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda que producto de análisis, se integren técnicas de referencia cruzada que permitan conocer y estudiar de desviaciones, convivencia laboral, temas disciplinarios internos, quejas o denuncias sobre los servidores de la entidad, u otros temas relacionados	
AC	DTH	7.1		HMP	Gestión del Talento humano	2	Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.	La unidad estableció la política de conflicto de interés la cual se encuentra publicada en la página web de la unidad http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Polli%CC%81tica%20de%20Conflictos%20de%20Intereses%20-UAESP.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	actas de comité primario	Se observa la Política de Conflicto de Interés en la web de la Unidad. Igualmente la circular 2020700000404 de 26 de junio 2020 por medio de la cual se busca garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia y publicidad mediante la publicación de las declaraciones de bienes y rentas y el registro de los conflictos de interés. La SAL mediante radicado No. 20206000029443 el solicita a la OAP la modificación de la hoja de control de contratación directa para incluir este requisito. Actualmente se está en proceso de socialización por parte del Proceso GAL. No se logró realizar verificación en actas de comité primario de la SAF tavez que no fueron cargadas según requerimiento.	1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	No Conforme	Implementar estrategias eficaces que permitan el conocimiento de la Política de Conflicto de Interés a todos los funcionarios y contratistas así como su adecuada implementación. Efectuar seguimiento periódico a la política.	
AC	DIC	6.1		EAO	Gestión Tecnológica y de la Información	3	Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad	1. En el mapa de riesgos de corrupción vigente, La OTIC cuenta con un riesgo identificado frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada. Para la mitigación de este riesgo se estableció el siguiente control: "Sensibilizar a los funcionarios y contratistas, acerca de la seguridad de la información", así mismo, se ha venido ejecutando el control, evidenciando acciones en el seguimiento realizado en el primer trimestre de la vigencia. 2. La Unidad cuenta con un "MN-01 Manual de políticas de seguridad de la información v2", el cual se encuentra vigente y documentado en la página web. 3. La Unidad cuenta con una Política de seguridad de la Información, establecida en la vigencia 2019, la cual se encuentra vigente y documentada en la página web.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el marco del COMITÉ DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y GOBIERNO DIGITAL, mediante acta de reunión No. 11 con fecha 05 de diciembre de 2019, se aprobó el "Manual de Políticas de seguridad de la información". De acuerdo a la resolución No. 696 de 2017, establece la realización de este comité cada 3 meses. Por lo anterior se verifica las reuniones de seguimiento que se vienen desarrollando en temas de políticas de seguridad de la información y gobierno digital, mediante Acta No. 1 de 30 de marzo y Acta No. 2 de 25 de junio de 2020.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Se recomienda continuar con el desarrollo del COMITÉ DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y GOBIERNO DIGITAL periódicamente, con el propósito de monitorear que las políticas de seguridad de la información estén operando en la Unidad.		
AC	DTH	6.1	9.1.3	HMP	Gestión del Talento humano	4	La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.	La Unidad estableció la Política de la Administración y Gestión del Riesgo la cual se encuentra publicada en la página web http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Polli%CC%81tica%20de%20Administracio%CC%81n%20de%20Riesgo%2024.5.19.doc . Así mismo en la página web de la Unidad en la Dimensión Relacional se encuentra el documento PAAC donde se efectúa el reporte así como la revisión de los riesgos de corrupción.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario	Se observa que los procesos mediante el PAAC componente 1. gestión riesgos de corrupción, efectúa revisión de riesgos de corrupción. No obstante el monitoreo y la divulgación de la política de riesgos de corrupción le corresponde a la segunda línea de defensa, es decir la OAP. La OCI como tercera línea de defensa realiza seguimiento y evaluación a la efectividad de los controles incorporados en la matriz riesgos de corrupción. No se logró realizar verificación en actas de comité primario de la SAF tavez que no fueron cargadas según requerimiento. No se logró realizar verificación en actas de comité primario de la SAF tavez que no fueron cargadas según requerimiento.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	No Conforme		
AC	DDE	8.2.1	9.1	HMP	Gestión del Talento humano	5	Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. NOTA: Si la entidad ya cuenta con esta línea en funcionamiento, establezca si ha aportado para la mejora de los mapas de riesgos o bien en otros ámbitos organizacionales.	No se evidencia que el proceso de TH haya realizado acciones para establecer un Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad	1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.	No se logra observar que el Proceso de talento Humano haya adelantado acciones para desarrollar el análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad.	1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	Deficiencia de control mayor (diseño y ejecución)	No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha	No Conforme	Diseñar un plan de acción para el cumplimiento sobre el desarrollo del análisis de viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad.		
AC	DCI	5.1.1		IDS	Evaluación y Mejora	6	Creación o actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (incluye ajustes en periodicidad para reunión, articulación con el Comité Institucional de Gestión y Desempeño)	Resolución No. 696 de 2017 http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/files/Resolucion696-2017.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Directivo de Gestión	En acta de fecha 16/10/2019, se observa el Tratamiento de los comités del SIG en la Resolución 696 de 2017 junto las funciones y actividades que deben ejercer En la UAESP el Comité Institucional de Gestión y Desempeño no contiene los comités que se deben absorber, según DAFP.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme		

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de <u>cómo la Entidad evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE	
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	EAO	EAO	ID	PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación		¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)				¿FUNCIONANDO?
AC	DCI	-	9.1.3	4.4.2	7	Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa	En la Política de administración del Riesgo, en el numeral 5, están definidos y estructurados los niveles de responsabilidad frente al riesgo, estos niveles de responsabilidad y autoridad están determinados por líneas de defensa. Las líneas de defensa hacen referencia a un modelo de control que establece los roles y responsabilidades de todos los actores del riesgo y control de la entidad, proporcionando el aseguramiento de la gestión para prevenir la materialización de los riesgos en todo su ámbito. De acuerdo a lo anterior, la Unidad partiendo de la línea de defensa estratégica, tiene Definido tres líneas de defensa.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, mediante Acta No 2 reunión extraordinaria del 24 de mayo de 2019, Se realizó la revisión y aprobación de la política de riesgos, la cual tiene consignado los niveles de responsabilidad definidos, de acuerdo a la estructura de líneas de defensa.	Se observa la definición de las líneas de defensa en el documento de la política de riesgos, el cual está documentado, publicado y socializado. No obstante no se evidencia el papel de las líneas de defensa en los demás instrumentos de política de la Unidad.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda la actualización y ampliación de la estructura de líneas de defensa, para que se definan en los demás instrumentos que establezcan política y línea al interior de la Entidad.
AC	DCI	DC	9.1	5.3	8	Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa	La entidad actualmente no cuenta con líneas de reporte para la toma de decisiones definidas en políticas, procedimientos, manuales, etc. las líneas de reporte en la Entidad, operan de manera inmersa de acuerdo a la normatividad establecida. No obstante la Oficina Asesora de Planeación, está trabajando en la definición de estas líneas de reporte en la nueva resolución del Modelo de Transformación Organizacional.	1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.	La Entidad no tiene establecido las líneas de reporte para la toma de decisiones. Por lo anterior, el tema no se trata en ninguna instancia o comité.	Se observa que la entidad carece actualmente de la definición de líneas de reporte para la toma de decisiones de acuerdo a la estructura de líneas de defensa.	1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	Deficiencia de control mayor (diseño y ejecución)	No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha	No Conforme	De acuerdo a la estructura de líneas de defensa, es importante que la Entidad defina instrumentos e instancias de líneas de reporte, que le permitan a la Alta dirección la toma de decisiones de manera efectiva.
AC	DDE	DCI	6.1	9.1.3	9	Definición y evaluación de la Política de Administración del Riesgo (Acorde con lineamientos de la Guía para la Administración del Riesgo de Gestión y Corrupción y Diseño de Controles en Entidades Públicas). La evaluación debe considerar su aplicación en la entidad, cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo	La Unidad cuenta con la política de administración del riesgo actualizada y publica en la página web en la vigencia 2019. No obstante no se evidencia la revisión, actualización y/o aprobación de la política en Comité alguno, para la vigencia 2020.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, mediante Acta No 2 reunión extraordinaria del 24 de mayo de 2019, Se realizó la revisión y aprobación de la política de riesgos, la cual tiene consignado los niveles de responsabilidad definidos, de acuerdo a la estructura de líneas de defensa.	La Política de administración del Riesgo se encuentra documentada, aprobada y publicada. esta gestión data de mayo de 2019. No obstante no se observa evaluación de la Política, la revisión y/o actualización en la presente vigencia, y considerando cambios en el entorno que puedan definir ajustes, dificultades para su desarrollo.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda adelantar las tareas de revisión y/o actualización de la política de administración del Riesgo en la actual vigencia, conforme a la actividad establecida en el Plan Anticorrupción y Servicio al Ciudadano 2020.
AC	DER	DCI	4.1	9.1.3	10	Evaluación de la planeación estratégica, considerando alertas frente a posibles incumplimientos, necesidades de recursos, cambios en el entorno que puedan afectar su desarrollo, entre otros aspectos que garanticen de forma razonable su cumplimiento	La Unidad cuenta con el Plan Estratégico Institucional 2016-2020, el cual se encuentra alineado con el Plan de Desarrollo 2016-2020 "Bogotá mejor para todos". La evaluación del mismo se gestiona anualmente mediante las actividades del Plan de acción Institucional y el seguimiento a las metas producto y metas proyecto de inversión del Plan de Desarrollo.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el Comité Directivo de Gestión, se realizó la Revisión por la Alta Dirección del Sistema Integrado de Gestión. Mediante Acta de reunión con fecha 16 de octubre de 2019, se verifica la evaluación a la Planeación Estratégica, tema tratado en el orden del día como: "3. Desempeño y Eficiencia del SIG", donde se expusieron los resultados de la medición de los objetivos estratégicos (con base al cumplimiento del Plan de acción institucional de la vigencia), y desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios.	Se observa que la Entidad, realiza un ejercicio anual de la evaluación de la Planeación estratégica, mediante la revisión por la Alta dirección.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda realizar una evaluación periódica de la planeación estratégica de la Unidad, con intervención de la Alta Dirección, para la toma de decisiones, y medidas que impacten el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Entidad.
AC	DCI	-	6.1	-	11	La Alta Dirección frente a la política de Administración del Riesgo definen los niveles de aceptación del riesgo, teniendo en cuenta cada uno de los objetivos establecidos.	El documento que contiene la política de administración del riesgo vigente, contiene los niveles de aceptación del riesgo. Este documento se encuentra publicado en la página web de la Unidad, mediante el siguiente link: http://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes/politica-institucional-la-administracion-del-riesgo .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, mediante Acta No 2 reunión extraordinaria del 24 de mayo de 2019, Se realizó la revisión y aprobación de la política de riesgos, la cual tiene consignado los niveles de aceptación del riesgo.	Se observa y se evidencia la definición de los niveles de aceptación del riesgo, su aprobación, implementación y socialización mediante el documento " Política Administración del Riesgo".	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Se recomienda socializar con los trabajadores de la Entidad, los niveles de aceptación del riesgo en cada uno de los procesos que interviene, con el propósito de realizar una gestión que permita la mitigación de los mismos.
AC	DTH	DCI	9.1	-	12	Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano	Se observa en la página web de la Unidad el Plan Estratégico de Talento Humano en el link http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Plan%20Estrate%CC%81gico%20de%20Talento%20Humano%202020%20-%202023.pdf .	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	comité primario comité de responsabilidad social	Se observa en la página web de la Unidad el Plan Estratégico de Talento Humano. No obstante, la Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano se realiza a través de herramientas establecidas como el FURAG y la matriz de Talento Humano de MIPG. La OCI realiza también seguimiento y evaluación a algunos aspectos mencionados dentro del Plan Estratégico de Talento Humano mediante auditoría interna (PC-04 AUDITORIAS INTERNAS) No se logra realizar verificación en actas de comité primario de la SAF todavez que no fueron cargadas según requerimiento.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Oportunidad de mejora	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva	Conforme	Documentar los resultados de la Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano respecto de la segunda y primera línea de defensa, y publicar y/o comunicar sus resultados a los grupos de interés correspondientes.

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *			EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)		TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE
MECI	MIPG	NTC ISO 9001				ID	PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?					
AC	DTH	DCI	9.1			13	Evaluación de las actividades relacionadas con el ingreso del personal	Se observa en la pagina web de la unidad el Procedimiento PC-01 Vinculación y Retiro V7, en el link http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/documentos/talento_humano/editables/PC-01%20vinculacion%20y%20Retiro%20V7.doc , igualmente cuenta con el manual de contratación publicado en el SIG en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/documentos/legales/editables/Manual%20Contratacion%20V11.docx .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo comité de responsabilidad social	Se observa en el proceso de Talento Humano el procedimiento PC-01 vinculación y retiro en el cual se describen las actividades relacionadas con el ingreso de personal. En el caso de ingreso de contratistas, el proceso Gestion de Asuntos Legales se evidencia el procedimiento PC-09 Modalidad de Selección de Contratación Directa V2, donde igualmente se detallan las actividades a tener en cuenta para el ingreso de estas personas mediante esta modalidad. Solo se evidencian acciones de evaluación de la tercer linea de defensa.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0	
AC	DTH	DCI	9.1			14	Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal	La entidad cuenta con el plan estratégico de Talento Humano en el link http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Plan%20Estrate%CC%81gico%20de%20Talento%20Humano%202020%20-%202023.pdf , a través del cual se articulan los planes de: Bienestar Social e Incentivos, Capacitación, SST, Gestión de Integridad, Prevención de Recursos, Provisión de vacantes,. Los planes se encuentran publicados en el link http://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo comité de responsabilidad social	Se observa que el Proceso de Talento Humano efectua realiza seguimiento a través del indicador de Talento Humano. Por otra parte el Proceso Evaluación y Mejora realiza seguimiento y evaluación a los temas que se involucran dentro de los planes (Bienestar Social e Incentivos, Capacitación, SST, Gestión de Integridad, Prevención de recursos, Provisión de vacantes) mediante auditoria interna (PC-04 AUDITORIAS INTERNAS). Igualmente el proceso de Talento Humano se observa el procedimiento PC-03 Evaluación del desempeño V7 donde se describen las actividades que dan cuenta con la permanencia del personal. No se logra realizar verificación en actas de comité primario de la SAF todavez que no fueron cargadas según requerimiento.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0	
AC	DTH	DCI	9.1.3	7.3		15	Analizar si se cuenta con políticas claras y comunicadas relacionadas con la responsabilidad de cada servidor sobre el desarrollo y mantenimiento del control interno (1a línea de defensa)	La OACRI cuenta con el Plan Estrategico de comunicaciones PL-01 Plan Estratégico de Comunicaciones V5 y Protocolos de Comunicaciones PT-01 Protocolos del Proceso Gestión de Comunicaciones V1. http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	Se cuenta con el plan de comunicaciones y los protocolos establecidos para la comunicación interna y externa para el proceso de Gestión de las Comunicaciones las cuales hacen parte del Sistema Integrado de Gestión y se encuentran en la cadena de valor, estos documentos estan aprobados por la oficina Asesora de Planeación y son los siguientes (Plan Estrategico de comunicaciones y Protocolos de Comunicaciones), los cuales se pueden evidenciar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/aprobados.zip 749.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Aunque se cuentan con instructivos, es importante ahondar sobre la filosofía de las líneas de defensa en la Entidad, y que sea fácilmente identificable ne los funcionarios de la Unidad.	
AC	DTH	DCI	9.1.3	5.1		16	Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal	Se observa en la pagina web de la unidad el Procedimiento PC-01 Vinculación y Retiro V7, en el link http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/documentos/talento_humano/editables/PC-01%20vinculacion%20y%20Retiro%20V7.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo comité de responsabilidad social	Se observa en el proceso de Talento Humano el procedimiento PC-01 vinculación y retiro en el cual se describen las actividades relacionadas con el retiro de personal. Con base a lo anterior el proceso Evaluación y Mejora realiza seguimiento y evaluación a algunos aspectos mencionados dentro de los procedimientos mencionados mediante auditoria interna (PC-04 AUDITORIAS INTERNAS). No se logra realizar verificación en actas de comité primario de la SAF todavez que no fueron cargadas según requerimiento.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0	
AC	DTH	DCI	9.1.3	5.1		17	Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación - PI	Se observa en la pagina de la Unidad el Plan Institucional de Capacitación en el link http://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes/plan-institucional-capacitacion-2017-2020-0	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo omité de responsabilidad social	Se observa evaluación "calidad de vida laboral" mediante la cual se mide el nivel de satisfacción de los funcionarios/as con el cronograma de capacitación desarrollado en la vigencia. El Proceso de Talento Humano se evidencia el procedimiento PC-06 Formulación, ejecución y evaluación Plan Institucional de capacitación V6 donde se detallan todas las actividades respecto del PIC.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0	
AC	DTH	DCI	9.1.3	-		18	Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo	Se evidencia el manual de contratación de la unidad publicado en el SIG en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/documentos/legales/editables/Manual%20Contratacion%20V11.docx . No obstante no se evidencia un documento o procedimiento donde se realice una evaluación frente a los productos y servicios donde se evidencie participación de los contratistas de apoyo para la OACRI y la SRBL.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Comité primario	SAL Según lo establecido en el Numeral 5.5. del Manual de Contratación, el supervisor o interventor podrá realizar evaluaciones periódicas y continuas de las actividades que desarrolla el contratista. No obstante no es claro si se debe o no realizar una evaluación frente a los productos y servicios que estan a cargo de los contratistas en algun formato establecido en el SIG. Se tocan temas como la entrega de informes pero no se evidencia una evaluación frente a los productos y servicios que estan a cargo de los mismos.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda establecer un formato de evaluación a los productos y servicios que estan a cargo de los contratistas de acuerdo a lo establecido en el Numeral 9 de la norma ISO 9001:2015.	

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS	PROCESO AUDITADO	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE	
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)				Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?					
AC	DTH	DCI	9.1.3	JIP	Servicios Funerarios	<p>Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo</p> <p>Manual de Contratación V11. (http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/legales/editables/Manual%20Contratacion%20V11.docx). Documento "FM-21 Informe mensual de ejecución del contrato V1" para evaluar los productos y servicios a los proyectos. Se verifica a través de los procedimientos de SFAP</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Informes mensuales de Supervisión y Control contemplados dentro de Proceso. FM-21 Informe mensual de ejecución del contrato V1, el cual debe ser evaluado y aprobado por el Supervisor del Contrato.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Si bien existe el manual de Contratación; en el cual contempla realizar evaluaciones periódicas y continuas de las actividades que desarrolla el contratista, es importante que se dejen documentadas en el formato establecido para tal fin (FM-21 Informe mensual de ejecución del contrato V1).
AC	DTH	DCI	9.1.3	IDS	Gestión de las comunicaciones	<p>Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo</p> <p>Se evidencia el manual de contratación de la unidad publicado en el SIG en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/legales/editables/Manual%20Contratacion%20V11.docx. Así mismo se observa el procedimiento PC-09 Modalidad de selección de contratación directa V2 que puede ser consultado en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/legales/editables/PC%2009%20Contratacion%20directa%20V2.doc.</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda establecer un formato de evaluación a los productos y servicios que están a cargo de los contratistas de acuerdo a lo establecido en el Numeral 9 de la norma ISO 9001:2015.
AC	DIC	DCI	8.1	EAO	Direccionamiento estratégico	<p>Acorde con la estructura del Esquema de Líneas de Defensa se han definido estándares de reporte, periodicidad y responsables frente a diferentes temas críticos de la entidad</p> <p>En la resolución No. 696 de 2017, la Entidad tiene establecida las funciones y niveles de responsabilidades, acorde a la estructura del esquema de líneas de defensa.</p>	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Mediante Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con acta de reunión No. 1 de 30 de enero de 2020, la Segunda línea de defensa, realizó la socialización de la resolución 696 de 2017 a los dueños de proceso, sobre las responsabilidades y disposiciones, frente a los temas estratégicos de la Entidad.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda establecer instrumentos y mecanismos respecto al esquema de las líneas de defensa, reporte y periodicidad, y sea de conocimiento en generalice en todos los niveles de la Organización, con especial atención en temas críticos.
AC	DCI	-	5.1	IDS	Evaluación y Mejora	<p>La Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros</p> <p>Resolución No. 696 de 2017 http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/files/Resolucion696-2017.pdf</p>	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Comité Directivo de Gestión	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Diseñar de estrategias y temáticas que le permitan a la Alta Dirección conocer de los Estados Financieros y tomar decisiones frente a los resultados.
AC	DCI	-	5.3	HIMP	Gestión Documental	<p>Teniendo en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos</p> <p>En cuanto a la segunda línea de defensa se observan los siguientes procedimientos como información suministrada PC-01 Control de las salidas no conformes V5 PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional V5 PC-04 Proyectos de inversión V6 PC-04 Formulación y actualización del plan estratégico institucional V4 PC-07 Administración Riesgos V6 PC-08 Indicadores de gestión V8 PC-11 Control de documentos y registros V8, los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=direccionamiento_estrategico, del SIG. La información suministrada por la 3a línea de defensa se observa en los procedimientos PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9 PC-04 Auditorías Internas V12, los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=evaluacion_control, del SIG.</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN			AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *			EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)		TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE	
MECI	MIPG	NTC ISO 9001					ID	PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?				
AC	DCI	5.3	JIP	0	0	0	21	Teniendo en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos	En cuanto a la segunda línea de defensa se observan los siguientes procedimientos como información suministrada PC-01 Control de las salidas no conformes V5 PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional V5 PC-02 Proyectos de inversión V6 PC-04 Formulación y actualización del plan estratégico institucional V4 PC-07 Administración Riesgos V6 PC-08 Indicadores de gestión V8 PC-11 Control de documentos y registros V8, los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=direccionamiento_estrategico , del SIG. La información suministrada por la 3a línea de defensa se observa en los procedimientos PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9 PC-04 Auditorías Internas V12, los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=evaluacion_control , del SIG.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primarios Programación Presupuestal 2020. Se realiza a través de los Planes de Mejoramiento atendiendo los informes de auditoría, y a través del Plan de Acción Institucional (Segundo versionamiento).	Para la SSFAP, una vez verificadas las actas del Comité Primario; en la del mes de octubre y noviembre de 2019, se observa en ella que entre los temas tratados se encuentran, el seguimiento a los Planes de Mejoramiento, Informes de Supervisión y Control, Normograma, Plan de Acción, Mapa de Riesgos, Plan de Contratación, al igual que para las actas de los meses de enero y febrero. Para la SDF, se observaron el seguimiento al Plan de Acción Institucional y a los Planes propios de la Subdirección como, el Plan de Acción de Gestión Social, Plan de Recuperación y Restauración del RSDJ, Plan de Supervisión y Control, Plan de Supervisión de Disposición Final. Dado lo anterior, se puede concluir que a través de estas dos áreas misionales la entidad está teniendo en cuenta la información suministrada por la 2da y 3ra. Líneas de defensa	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
AC	DCI	5.3	IDS	0	0	0	21	Teniendo en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a línea de defensa se toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos	En cuanto a la segunda línea de defensa se observan los siguientes procedimientos como información suministrada PC-01 Control de las salidas no conformes V5 PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional V5 PC-02 Proyectos de inversión V6 PC-04 Formulación y actualización del plan estratégico institucional V4 PC-07 Administración Riesgos V6 PC-08 Indicadores de gestión V8 PC-11 Control de documentos y registros V8, los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=direccionamiento_estrategico , del SIG. La información suministrada por la 3a línea de defensa se observa en los procedimientos PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9 PC-04 Auditorías Internas V12, los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=evaluacion_control , del SIG.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario	OACRI_SRBLL: Se observa tratamiento de los temas de MTO como el PAI, indicadores y objetivos en las actas de comité primario de septiembre a diciembre de 2019 y de enero a junio de 2020, para la OACRI, y para la SRBL en las actas de septiembre a diciembre de 2019 y de enero a abril de 2020. Las actas de mayo y junio de 2020 la SRBL no las ha compartido en el One Drive de la OCI.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
AC	DGVR	9.1	EAO	0	0	0	22	Se evalúa la estructura de control a partir de los cambios en procesos, procedimientos, u otras herramientas, a fin de garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo	Se implementó la metodología para la estructuración de los riesgos y los controles asociados a estos. Se realizó la gestión de actualización de los riesgos de los procesos durante el mes de enero y febrero de 2020. Se evidencian actas de las mesas de trabajo que gestionó la Oficina Asesora de Planeación con los Procesos de la Unidad, y como resultado la Matriz de Riesgos de la Unidad.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	No se evidencia, que se haya realizada alguna evaluación de la estructura de control de los riesgos en algún comité o instancia.	Se observa que la Unidad, no ha gestionado la evaluación de la estructura de los riesgos, en algún comité o instancia. No obstante se observa la gestión de estructuración de los riesgos y los controles asociados e estos, con los procesos de la Unidad.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	0
AC	DCI	5.1	IDS	0	0	0	23	La entidad aprueba y hace seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por parte de la Oficina de Control Interno	El proceso de evaluación y mejora cuenta con el procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12 http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-04%20Auditorias%20internas%20V12.doc , en la actividad No. 17 se observa que se debe realizar un Informe de seguimiento al Plan Anual de Auditorías vigente.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Se observan actas No. 1 de fecha 31/01/2019 y No. 1 de fecha 24/01/2020, donde se aprueban los planes de auditoría para el año 2019 y año 2020. Se observa seguimiento al Plan anual de auditorías del 2018 en el acta No. 1 de 2019 y para el plan anual de auditorías del año 2019 en el acta No. 1 de 2020.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
AC	DCI	10.2	HMP	0	0	0	24	La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional	Mediante los procedimientos PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9, PC-04 Auditorías Internas V12 las dependencias de la Unidad, realizan análisis a los informes de control interno, evaluando el impacto mediante la presentación de acciones correctivas y de mejora.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	Se observa que la SAL producto de los informes de auditoría interna presentados por la OCI formulan y realizan seguimiento a las acciones correctivas y de mejora a través del plan de mejoramiento interno. Las actividades No. 4 y No. 5 del procedimiento PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9 y a las actividades 11 y 12 del procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12. Los cuales se pueden consultar en los siguientes enlaces http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-03%20PM%20Acorrectivas%20preventivas%20y%20de%20mejora%20V9.doc http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-04%20Auditorias%20internas%20V12.doc . En acta de comité primarios junio, agosto, noviembre 2019 se hace seguimiento al plan de mejoramiento interno	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de <u>cómo</u> la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE		
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	AC	DCI	JIP	IDS	PREGUNTAS		Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)				Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?
AR	DGVR	7.1.5	6.2					Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo	La entidad a tarves del PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Accion Institucional V5, los proyectos de Inversión PC-02 Proyectos de inversión V6 y el SIG http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/index.php , define objetivos medibles, alcanzables y delimitados en el tiempo.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se observan que los objetivos de programas, proyectos y procesos se encuentran claramente definidos, medibles delimitados en el tiempo por la SAL, en las actividades formuladas en el PAI, en los proyectos de inversión y el SIG han sido tratados en actas de comité primario de enero 29 y 26 de febrero de 2020.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	conforme	Verificar que todos los objetivos planteados en los procesos de Servicios Funerarios y Alumbrado público, contengan las características esperadas: específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo.
AR	DDE	7.1.5	6.2					La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos operativos	La entidad a tarves del PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Accion Institucional V5 y los proyectos de Inversión PC-02 Proyectos de inversión V6, establece los mecanismos para poder vincular los objetivos estrategicos y objetivos operativos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	SRBL - Se observa en acta de fecha 26/02/2020 en el numeral 4, seguimiento al plan de acción de la subdirección que se publicó antes del 31 de enero del 2020. Seguimiento al Plan de Acción de la Subdirección. Así mismo La Oficina asesora de planeación aprobó los ajustes solicitados y a través de correos electrónicos se ha reportado el seguimiento al plan de acción de la Subdirección, de los meses de enero, febrero y marzo. A la fecha se ha dado cumplimiento a las actividades establecidas en el plan de acción para la vigencia 2020. Lo anterior se puede evidenciar en el acta de comité primario de fecha 24/04/2020. Así mismo se observa tratamiento del PAI en las actas de septiembre, octubre y noviembre de 2019.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Se evidencia seguimiento al Plan de Acción, no obstante, es importante, reforzar de las acciones que permitan evidenciar la relación con los objetivos estratégicos y Plan de Desarrollo vigente. Así mismo, el de realizar la actualización correspondiente del PAI del Proceso, en virtud del reciente Plan de Desarrollo de la Ciudad.
AR	DDE	7.1.5	6.2					La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos operativos	La entidad a tarves del PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Accion Institucional V5 y los proyectos de Inversión PC-02 Proyectos de inversión V6, establece los mecanismos para poder vincular los objetivos estrategicos y objetivos operativos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Mediante acta fechada del 10/12/2019 del Comité del MTO, se observa como tema a tratar, la articulación del PAI con el entonces Plan de Desarrollo de Bogotá. Lo anterior, demuestra con ello que la entidad cuenta con mecanismos para relacionar el Plan Estratégico con los objetivos estratégicos y objetivos operacionales dando cumplimiento a través de los procesos y procedimientos establecidos y formulados en el SGC.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Se evidencia seguimiento al Plan de Acción, no obstante, es importante, reforzar de las acciones que permitan evidenciar la relación con los objetivos estratégicos y Plan de Desarrollo vigente. Así mismo, el de realizar la actualización correspondiente del PAI del Proceso, en virtud del reciente Plan de Desarrollo de la Ciudad.
AR	DDE	7.1.5	6.2					La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos operativos	La entidad a tarves del PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Accion Institucional V5 y los proyectos de Inversión PC-02 Proyectos de inversión V6, establece los mecanismos para poder vincular los objetivos estrategicos y objetivos operativos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	SAL - Se observa que a través de las actas de comité primario de 29 enero 2020 seguimiento al Plan de acción y a la fecha han dado cumplimiento en lo establecido con las actividades del plan de acción.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Se evidencia seguimiento al Plan de Acción, no obstante, es importante, reforzar de las acciones que permitan evidenciar la relación con los objetivos estratégicos y Plan de Desarrollo vigente. Así mismo, el de realizar la actualización correspondiente del PAI del Proceso, en virtud del reciente Plan de Desarrollo de la Ciudad.
AR	DDE	7.1.5	6.2					La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos operativos	La entidad a tarves del PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Accion Institucional V5 y los proyectos de Inversión PC-02 Proyectos de inversión V6, establece los mecanismos para poder vincular los objetivos estrategicos y objetivos operativos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda que de acuerdo a lo establecido en las actividades No. 4 y No. 5 del procedimiento PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9 y a las actividades 11 y 12 del procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12, socializar junto con el jefe y el equipo de trabajo las aNo conformidades y observaciones que se relacionan en los informes de auditoría interna.
AR	DDE	7.1.5	6.2					La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos operativos	La entidad a tarves del PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Accion Institucional V5 y los proyectos de Inversión PC-02 Proyectos de inversión V6, establece los mecanismos para poder vincular los objetivos estrategicos y objetivos operativos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Se evidencia seguimiento al Plan de Acción, no obstante, es importante, reforzar de las acciones que permitan evidenciar la relación con los objetivos estratégicos y Plan de Desarrollo vigente. Así mismo, el de realizar la actualización correspondiente del PAI del Proceso, en virtud del reciente Plan de Desarrollo de la Ciudad.
AR	DDE	7.1.5	6.2					La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos operativos	La entidad a tarves del PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Accion Institucional V5 y los proyectos de Inversión PC-02 Proyectos de inversión V6, establece los mecanismos para poder vincular los objetivos estrategicos y objetivos operativos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Se evidencia seguimiento al Plan de Acción, no obstante, es importante, reforzar de las acciones que permitan evidenciar la relación con los objetivos estratégicos y Plan de Desarrollo vigente. Así mismo, el de realizar la actualización correspondiente del PAI del Proceso, en virtud del reciente Plan de Desarrollo de la Ciudad.

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de <u>cómo</u> la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE	
MECI	MIPG	NTC ISO 9001		JIP	IDS	EAO	EAO		¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?				
AR	DGVR	7.1.5	6.2	JIP	IDS	EAO	EAO	26	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Para la SSFAP, una verificadas las actas del Comité Primario; en la del mes de octubre y noviembre de 2019, se observa en ella que entre los temas tratados se encuentran, el seguimiento a Informes de Supervisión y Control, Plan de Acción, Mapa de Riesgos, Plan de Contratación, al igual que para las actas de los meses de enero y febrero. Para la SDF, se observaron el seguimiento al Plan de Acción institucional y a los Planes propios de la Subdirección como el Plan de Acción de Gestión Social Plan de Recuperación y Restauración del RSDJ, al Plan de Supervisión y Control, Plan de Supervisión de Disposición Final.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Verificar que todos los objetivos planteados en los procesos de Servicios Funerarios y Alumbrado público, contengan las características esperadas: específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo.
AR	DGVR	7.1.5	6.2	IDS	IDS	EAO	EAO	26	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	OACRI - Se observan que los objetivos del proceso y del SIG fueron tratados en el acta de comité primario No. 6 del 04/06/2020. Así mismo se observa en las actas de septiembre a diciembre de 2019 y enero y febrero de 2020 el tratamiento de los indicadores de gestión de la OACRI.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	
AR	DCI	7.1.5	9.3	EAO	EAO	EAO	EAO	27	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el Comité Directivo de Gestión, se realizó la Revisión por la Alta Dirección del Sistema Integrado de Gestión. Mediante Acta de reunión con fecha 16 de octubre de 2019, se evalúan los objetivos de la Entidad, tema tratado en el orden del día como; "3. Desempeño y Eficiencia del SIG", donde se expusieron los resultados de la medición de los objetivos estratégicos (con base al cumplimiento del Plan de acción institucional de la vigencia).	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Realizar la verificación del estado de los objetivos institucionales, con el propósito de establecer que estos, siguen siendo consistentes y apropiados para la Entidad respecto a los nuevos lineamientos de la ciudad y plan de desarrollo recientemente aprobado.
AR	DDE	6.1	4.3	EAO	EAO	EAO	EAO	28	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, mediante Acta No 2 reunión extraordinaria del 24 de mayo de 2019, Se realizó la revisión y aprobación de la política de riesgos, la cual en su alcance define los lineamientos de toda la Entidad, la cual afecta la prestación del servicio.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Articular la Política de Administración de Riesgos respecto de los operación misional de los servicios tercerizados, mas alla de la operación interna de la UAESP, y como lo han demostrado la gestión o no de los terceros, impactando la garantía que fua asignada a la Unidad en prestar, cordinar, supervisar y controlar los servicios de recolección, transporte, disposición final, la limpieza de vías y áreas públicas; los servicios funerarios en la infraestructura del Distrito y del servicio de alumbrado público.
AR	DCI	6.1	5.3	EAO	EAO	EAO	EAO	29	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	No se evidencia acta o instancia donde se realiza la evaluación y/o seguimiento a la gestión del riesgo en los procesos de la Unidad.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Realizar el análisis y evaluación de la información consolidada concerniente a la gestión de los riesgos, en el Comité Institucional de gestión de Desempeño, instancia pertinente para realizar el seguimiento y verificación de los controles, y tomar acciones sobre los riesgos con probabilidad de materialización.

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de <u>cómo la Entidad evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE	
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	AR	DCI	EAO	Direccionalmie nto estratégico	PREGUNTAS		Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)				Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)
AR	DCI	9.3	AR	DCI	EAO	Direccionalmie nto estratégico	30	A partir de la información consolidada y reportada por la 2a línea de defensa (7.2), la Alta Dirección analiza sus resultados y en especial considera si se han presentado materializaciones de riesgo	No se evidencia análisis por la Alta dirección sobre los resultados del monitoreo de las acciones para la mitigación de la materialización de los riesgos. Las posibles instancias para la presentación de estos resultados son: "El Comité de Transformación Organizacional", o Comité Institucional de Gestión y desempeño".	1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.	No se evidencia análisis por la Alta dirección sobre los resultados del monitoreo de las acciones para la mitigación de la materialización de los riesgos. Las posibles instancias para la presentación de estos resultados son: "El Comité de Transformación Organizacional", o Comité Institucional de Gestión y desempeño".	1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	Deficiencia de control mayor (diseño y ejecución)	Establecer las actividades pertinentes, para llevar a la instancia correspondiente, el análisis de los resultados de las acciones para mitigación de la materialización de los riesgos, por parte de la Alta Dirección.	
AR	DDE	6.1	AR	DCI	EAO	Direccionalmie nto estratégico	31	Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente	De acuerdo a la información verificada con la Segunda línea de defensa, en el periodo de evaluación, no se han detectado materializaciones de riesgos. Validando en los Comités Institucional de Coordinación de Control Interno, y Comité Institucional de Gestión y Desempeño, no se evidencia información relacionada con la materialización de riesgos.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Validando en los Comités Institucional de Coordinación de Control Interno, y Comité Institucional de Gestión y Desempeño, no se evidencia información relacionada con la materialización de riesgos.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se recomienda documentar la gestión referente a la materialización de los riesgos, con el propósito de definir los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente.	
AR	DFR	9.1	AR	DCI	IDS	Evaluación y Mejora	32	Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas	La Unidad estableció la política de gestión del riesgo http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%CC%81tit#%20de%20administracion%CC%81n%20del%20riesgo%2024.5.19.doc y el Formato FM-12 Mapa de riesgos V9 para seguimiento de las acciones de los Mapas de Riesgo de Corrupción y Gestión http://www.uaesp.gov.co/modelo-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-12%20Mapa%20de%20Riesgos%20V9.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	Se evidencian seguimientos a las acciones formuladas en los mapas de Riesgos de corrupción y de gestión. Así mismo se informan las observaciones, recomendaciones y no conformidades detectadas en la evaluación de gestión por dependencias mediante los informes de auditoría. 20191100058403, 20201100023763, 20201100024163, 20201100024213, 20201100024223, 20201100024243, 20201100024253, 20201100024263, 20201100024293 y 20201100024553.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	
AR	DDE	4.1	AR	DDE	EAO	Direccionalmie nto estratégico	33	La Alta Dirección acorde con el análisis del entorno interno y externo, define los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción	Se observa en el documento "Contexto organizacional" el análisis del entorno interno y externo, donde, en su diagnóstico, se establece una matriz de problemáticas y estrategias. No obstante no se puede evidenciar que en este análisis estén definidos que los procesos o proyectos de la Unidad sean susceptibles de posibles actos de corrupción.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Verificando el documento "Contexto organizacional", no se referencia o se analiza en el marco de algún comité o instancia, los programas o proyectos susceptibles de posibles actos de corrupción.	1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	De acuerdo al análisis del entorno de la organización, se recomienda establecer los procesos, programas y proyectos que son susceptibles de actos de corrupción.	
AR	DCI	6.1	AR	DCI	EAO	Direccionalmie nto estratégico	34	La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo	La Alta Dirección mediante la Oficina Asesora de Planeación realiza el monitoreo a los riesgos de corrupción, se evidencia informe presentado mediante correo electrónico del 05/05/2020, donde se validó el reporte de todos los procesos con excepción del proceso de Talento Humano.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	No se referencia en comité o instancia alguna, el seguimiento por la Alta Dirección sobre el monitoreo realizado a los riesgos de corrupción.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se recomienda que la Alta Dirección, monitoree los riesgos de corrupción en algún comité o instancia, que permita tomar las acciones correspondientes sobre la gestión de los riesgos en la Unidad.	
AR	DCI	7.1.4	AR	DCI	HIMP	Gestión de Apoyo Logístico	35	Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas	La unidad estableció la Política de Gestión del Riesgo, donde se pueden determinar las actividades de control y el PAAC donde se pueden observar actividades de seguimiento y control debidamente segregadas en las dependencias a cargos de los profesionales responsables. http://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Dada a la falta de información suministrada por el auditado, no se puede conciliar específicamente. No obstante, se evidencian procesos y procedimientos, así como manual de funciones, sin embargo, no es claro cuales actividades cuentan con riesgo por posibles acciones fraudulentas.	
AR	DCI	7.1.4	AR	DCI	JIP	Servicios Funerarios	35	Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas	La unidad estableció la Política de Gestión del Riesgo, donde se pueden determinar las actividades de control y el PAAC donde se pueden observar actividades de seguimiento y control debidamente segregadas en las dependencias a cargos de los profesionales responsables. http://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se realiza en las reuniones del Comité Primario mensuales	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Verificar en intervalos definidos por los procesos de Servicios Funerarios y Alumbardo público, validación de responsables y roles según procedimientos vigentes versus cuestionamientos externos a internas pertinentes al propósito y estrategia de los procesos mencionados.	
AR	DCI	7.1.4	AR	DCI	IDS	Gestión Integral de Residuos	35	Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de acciones fraudulentas	La unidad estableció la Política de Gestión del Riesgo, donde se pueden determinar las actividades de control y el PAAC donde se pueden observar actividades de seguimiento y control debidamente segregadas en las dependencias a cargo de los profesionales responsables. http://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se recomienda realizar actividades de control y tratarlas en los comités primarios.	

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE			
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	AR	DCI	EAO	Direccionamiento estratégico	PREGUNTAS		Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)				Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?	
AR	DCI	10.2	AR	DCI	EAO	Direccionamiento estratégico	36	La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora	La Alta Dirección mediante la Oficina Asesora de Planeación gestionó la actualización de los riesgos de los procesos, evaluando los riesgos, el diseño, los controles existentes y su ejecución, conforme a la metodología del DAFP. Esta gestión se realizó, en los meses de enero y febrero de 2020, se evidencian actas de las mesas de trabajo realizadas con los procesos de la Unidad, y la consolidación de la matriz de riesgos de gestión para la vigencia.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	No se pudo evidenciar, la evaluación de las fallas de los controles asociados a los riesgos, por parte de la Alta Dirección.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas fallencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda establecer actividades que involucren a la Alta Dirección, en la revisión y evaluación de las fallas relacionadas con los controles asociados a los riesgos de la Entidad.	
AR	DDE	6.1	AR	DDE	EAO	Direccionamiento estratégico	37	Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo, se monitorean los factores internos y externos definidos para la entidad, a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes	Se tienen establecidos los factores internos y externos, pero no se evidencia el monitoreo respectivo, para determinar nuevos riesgos y/o ajustes respectivos.	1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.	No se ha verificado en algún comité o instancia el análisis que permita determinar nuevos riesgos o ajustes existentes.	1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	Deficiencia de control (diseño y ejecución)	No se encuentra presente por lo tanto no está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha	No Conforme	Se recomienda establecer en el monitoreo de los factores externos e internos, el análisis a fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos o ajustes a los existentes	
AR	DCI	9.3	AR	DCI	EAO	Direccionamiento estratégico	38	La Alta Dirección analiza los riesgos asociados a actividades tercerizadas, regionales u otras figuras externas que afectan la prestación del servicio a los usuarios, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa	En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No. 1 de 24 de enero de 2020, se presentan los resultados de las auditorías de la vigencia 2019, y se aprueba el Plan de auditorías 2020, entre otras, en su programación se establece; la evaluación de gestión de las Dependencias, en la cual se audita el mapa de riesgos de los procesos misionales que incluyen los riesgos de las actividades tercerizadas que afectan la prestación del servicio. los informes producto de las auditorías, se presentan a la Alta Dirección para su revisión y análisis.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No. 1 de 24 de enero de 2020, se presentan los resultados de la evaluación a los riesgos de los procesos misionales, que incluyen la gestión de los productos que afectan la prestación del servicio. No obstante, estos refieren a actividades internas y bajo gerencialidad de la Entidad, dado que las acciones con terceros se resuelven en la mayoría de casos bajo un enfoque contractual supervisor, interventoría y operador.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas fallencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Articular la Política de Administración de Riesgos respecto de los operación misional de los servicios tercerizados, mas alla de la operación interna de la UAESP, y como lo han demostrado la gestión o no de los terceros, impactando la garantía que fue asignada a la Unidad en prestar, coordinar, supervisar y controlar los servicios de recolección, transporte, disposición final, la limpieza de vías y áreas públicas; los servicios funerarios en la infraestructura del Distrito y del servicio de alumbrado público.	
AR	DCI	9.3	AR	DCI	EAO	Direccionamiento estratégico	39	La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos	En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No. 1 de 24 de enero de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los riesgos de la vigencia anterior, para el análisis por la Alta Dirección.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No. 1 de 24 de enero de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los riesgos de la vigencia anterior.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas fallencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Definir acciones específicas para conocer los riesgos y riesgos estratégicos y definir apetitos de riesgo.	
AR	DCI	9.3	AR	DCI	EAO	Direccionamiento estratégico	40	La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora, basados en los informes de la segunda y tercera línea de defensa	En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No. 1 de 24 de enero de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los riesgos de la vigencia anterior, para el análisis por la Alta Dirección.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No. 1 de 24 de enero de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los riesgos de la vigencia anterior.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas fallencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Realizar informes de la segunda y tercera línea de defensa respecto a la ejecución de los controles definidos, exponerlos a la Alta Dirección para tomar decisiones frente a la eficacia y efectividad.	
AR	DDE	8.2.4	AR	DCI	HIMP	Gestión de Asuntos Legales	41	La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales	La SAL ha realizado cambios en distintos procedimientos y formatos entre los cuales la versión 11 del manual de contratación, versión 5 formato de estudios previos para las prestación de servicios y apoyo a la gestión, versión 8 aprobación de polizas, entre otros.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	SAL: Se observa el acta de comité primario del 29 de enero de 2020 don el proceso de gestión de asuntos legales ha efectuado cambios en formatos y procedimientos	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	
AR	DCI	6.3	AR	DCI	JIP	Alumbrado Público	41	La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales	http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=misionales_gestionresiduos . http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=misionales_alumbrado	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Formato Solicitud, Modificación, traslado o creación de Documentos	Se aportó como evidencia la solicitud de Eliminación del Procedimiento Aceptación de Unidades Constructivas en el Formato establecido para tal fin, fechado 26/09/2019 bajo el radicado No. 2019400060263 con la justificación de que esta actividad es realizada por el operador y es aprobada por la interventoría, de igual manera el Formato Acta de Aceptación de Unidades Constructivas por ser complemento del mismo procedimiento. Para el Proceso de Disposición Final, se aportó como evidencia el Formato de Solicitud de Modificar el Procedimiento de Autorización de Pagos por la interventoría y la Operación de la Actividad de Disposición Final, bajo el radicado No. 2020300029863. Dado lo anterior, se concluye que la entidad cumple con lo establecido y formulado en el SGC - MTO.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de <u>cómo</u> la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE				
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	AR	DDE	DCI	8.2.4	6.3		IDS	IDS	Gestión de las comunicaciones				¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?	
Act.C	DCI	-	5.3	7.1.2	IDS	Gestión de las comunicaciones	41	La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales	Desde el proceo Gestión de Comunicaciones se realizo cambio al Plan Estartegico de comunicaciones PL-01 Plan Estratégico de Comunicaciones V5 y Protocolos de Comunicaciones PT-01 Protocolos del Proceso Gestión de Comunicaciones V1, los cuales se pueden consultar en los siguientes enlaces http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	OACRI - En el acta No. 11 de fecha 28/11/2019 se observa en comité primario del proceso Gestión de Comunicaciones cambios organizacionales como el del Plan estratégico de Comunicaciones y los protocolos de Comunicaciones, los cuales se pueden consultar en los siguientes enlaces. http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
Act.C	DCI	-	5.3	7.2	HMP	Gestión Documental	42	Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación	La unidad estableció la Política de Gestión del Riesgo, donde se pueden determinar las actividades de control. Así mismo cuenta con el manual de funciones donde se define las funciones de los funcionarios de planta de la unidad y el Plan Anual de Adquisiciones, donde se puede observar la contratación de apoyo a la gestión. http://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes http://www.uaesp.gov.co/images/Manual_Funciones_UAESP.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	SAL- Seobserva relacionado en actas de comité primario de diciembre de 2019, ener, febrero 2020 el tratamiento al PAI e Indicadores de gestion. Existe el mapa de riesgo de proceso y de corrupcion con tratamiento y el seguimiento. SAL: No selogro evidenciar las actas de comite primario.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	
Act.C	DCI	-	5.3	7.2	JIP	Servicios Funerarios	42	Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación	La unidad estableció la Política de Gestión del Riesgo, donde se pueden determinar las actividades de control. Así mismo cuenta con el manual de funciones donde se define las funciones de los funcionarios de planta de la unidad y el Plan Anual de Adquisiciones, donde se puede observar la contratación de apoyo a la gestión. http://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes http://www.uaesp.gov.co/images/Manual_Funciones_UAESP.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Plan de Anual de Adquisiciones actualizada (de diciembre de 2019 y la de mayo de 2020). Comité Primarios (Delegación de tareas) Se presenta como evidencia carpeta de actas de comités primarios	En el acta del Comité Primario del 08/06/2020, de la SSFAP, se observa la distribución, asignación y segregación de funciones y de tareas entre los diferentes funcionarios y contratistas y en la SDF, en el Plan de Supervisión de control como anexo del desarrollo del Comité Primario del mes de octubre de 2019, con el fin de reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación. Se concluye de lo anterior, que la entidad da cumplimiento a lo formulado en su Manual de Funciones.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	
Act.C	DCI	-	5.3	7.2	IDS	Gestión Integral de Residuos	42	Para el desarrollo de las actividades de control, la entidad considera la adecuada división de las funciones y que éstas se encuentren segregadas en diferentes personas para reducir el riesgo de error o de incumplimientos de alto impacto en la operación	La unidad estableció la Política de Gestión del Riesgo, donde se pueden determinar las actividades de control. Así mismo cuenta con el manual de funciones donde se define las funciones de los funcionarios de planta de la unidad y el Plan Anual de Adquisiciones, donde se puede observar la contratación de apoyo a la gestión. http://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes http://www.uaesp.gov.co/images/Manual_Funciones_UAESP.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	SRBL - En las actas de los meses de septiembre a diciembre de 2019 y de enero a abril de 2020, se observa en el comité primario del proceso de Gestión de Residuos Sólidos para la línea de recolección barrido y limpieza, el tratamiento al PAI e Indicadores de gestion. No obstante, no es claro que se trate las actividades de control del proceso en las actas de comite primario. por otra parte el tratamiento a los controles se puede observar en los mapas de riesgos del proceso y de corrupcion.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda realizar actividades de control y tratarlas en los comites primarios .
Act.C	DCI	-	5.3	7.1.2	HMP	Gestión de Asuntos Legales	43	Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.	La Unidad cuenta con el Plan Anual de Adquisiciones en el cual se observa los requerimientos necesarios de los procesos para cumplir con los objetivos institucionales. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/AdquisicionesPAA_9_0376_1_7176200e-5927-444d-b746-3cf45f9d7835%20V80%201-6-2020.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	SAL: revisada las actas de comite primarios enero y febrero de 2020 No se puede verificar que se traten temas de las necesidades del proceos en cuanto a la contratación y presupuesto solo se menciona la cantidad de contratos celebrado adiciones y prorogas. Sin embargo en las Auditorias a la Gestión por dependencias que se realizan se verifica que swe cumpla con la contratación programada por el proceso. Informes de auditoria Evaluación a la gestion por dependencias 20201100005103 de fecha 06/02/2020 y 20201100024253 de fecha 25/05/2020.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
Act.C	DCI	-	5.3	7.1.2	JIP	Gestión Integral de Residuos	43	Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.	La Unidad cuenta con el Plan Anual de Adquisiciones en el cual se observa los requerimientos necesarios de los procesos para cumplir con los objetivos institucionales. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/AdquisicionesPAA_9_0376_1_7176200e-5927-444d-b746-3cf45f9d7835%20V80%201-6-2020.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Plan de Anual de Adquisiciones actualizada (de diciembre de 2019 y la de mayo de 2020). Comité Primarios (Delegación de tareas) Se presenta como evidencia carpeta de actas de comités primarios	En los soportes presentados como evidencias (actas de Comité Primario e informes de supervisión y Control) no se observa la presencia de situaciones específicas en las cuales no fue posible segregar adecuadamente funciones.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
Act.C	DCI	-	5.3	7.1.2	IDS	Gestión de las comunicaciones	43	Se han identificado y documentado las situaciones específicas en donde no es posible segregar adecuadamente las funciones (ej: falta de personal, presupuesto), con el fin de definir actividades de control alternativas para cubrir los riesgos identificados.	La Unidad cuenta con el Plan Anual de Adquisiciones en el cual se observa los requerimientos necesarios de los procesos para cumplir con los objetivos institucionales. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/AdquisicionesPAA_9_0376_1_7176200e-5927-444d-b746-3cf45f9d7835%20V80%201-6-2020.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	OACRI - En las actas No. 09, 10,11 y 12 de los meses de septiembre a diciembre de 2019 y en las actas No. 1, 2, 3, 4, 5 y 6 de los meses de enero a junio de 2020, se observa en comité primario del proceso Gestión de Comunicaciones en el titulo ENTREGA DE INFORMES PARA PAGO (CUENTAS DE COBRO), que se realiza un seguimiento a las cuentas de cobro de los contratistas. No obstante no se puede verificar que se traten temas de las necesidades del proceos en cuanto a la contratación y presupuesto. Sin embargo en las Auditorias a la Gestión por dependencias que se realizan se verifica que swe cumpla con la contratación programada por el proceso. Informes de auditoria Evaluación a la gestion por dependencias 20201100005103 de fecha 06/02/2020 y 20201100024253 de fecha 25/05/2020.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN			AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE		
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	EAO	EAO	ID	PREGUNTAS		Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)				Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?
Act. C	DGVR	DCI	4.4	5.2	44	El diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), se entregan de forma adecuada a la estructura de control de la entidad	La Unidad se integra a la estructura de control bajo el enfoque del Sistema Integrado de Gestión de calidad. Es decir los procesos de evaluación y seguimiento se realizan de manera integral (MIPG, MECI, Normas ISO). Por lo anterior se evidencia la Auditoría al Sistema Integrado de gestión, que se realizó el mes de noviembre de 2019.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	No se referencia que los resultados de la Auditoría SIG, se hayan presentado al Comité de revisión por la Alta Dirección en la vigencia 2019. No obstante los resultados fueron presentados mediante informe de auditoría con radicado No. 20191100062033 con fecha 09 de octubre de 2019.	Se observa la integración de los Sistemas de gestión a la estructura de control de la Entidad, como se puede identificar en la auditoría al Sistema Integrado de gestión que realizó el Proceso de Evaluación y Mejora en el mes de septiembre y octubre de la vigencia 2019. Se evidencia en la Plan Anual de Autorías de la Entidad, la estructuración de las mismas con enfoque integral, involucrando los demás sistemas de gestión, y Modelos de gestión como el MIPG y MECI. No se pudo evidenciar que los resultados de la auditoría SIG, se presentaron en el Comité de revisión por la Alta Dirección, instancia en la cual se deben realizar la evaluación de los resultados, y establecer las acciones de mejoramiento al Sistema Integrado de Gestión.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda, involucrar a la Alta Dirección, en el seguimiento y evaluación de los resultados de las Auditorías del SIG.
Act. C	DGVR	-	8.4	7.1.3	45	La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y sobre los procesos de adquisición, desarrollo y mantenimiento de tecnologías	La OTIC de la Unidad, cuenta en su mapa de riesgos de gestión de la vigencia 2020, con un riesgo y 5 controles asociados a la pregunta en cuestión. Así mismo se ha realizado el seguimiento a la ejecución de los controles propuestos durante el primer trimestre. Adicionalmente la OTIC, diseñó un instrumento denominado "CONTROL Y SEGUIMIENTO EJECUCION CONTRATOS TICS-UAESP", el cual contiene la planeación y ejecución (estado, alertas, etc...), de los procesos contractuales en lo concerniente a la infraestructura tecnológica de la Unidad.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En los comités primarios de los meses de enero a abril de 2020, se evidencia el seguimiento a la ejecución de los contratos en referencia a la Infraestructura tecnológica, mediante el instrumento diseñado "CONTROL Y SEGUIMIENTO EJECUCION CONTRATOS TICS-UAESP".	Se observa que la Unidad, mediante la oficina TIC'S, establece actividades de control, sobre la infraestructura, procesos de adquisición y mantenimiento de tecnologías. Así mismo mediante los comités primarios mensuales, la OTIC, realiza el seguimiento a la ejecución contractual en referencia a la Infraestructura Tecnológica que requiera la Entidad.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Se recomienda continuar con el monitoreo, seguimiento y control a la ejecución de los procesos contractuales de adquisición y mantenimiento de la infraestructura tecnológica de la Entidad, mediante los comités primarios.
Act. C	DGVR	-	8.4	-	46	Para los proveedores de tecnología selección y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios	La OTIC de la Unidad, estableció en su plan de acción vigente, actividades de control que permiten garantizar la gestión realizada por los diferentes proveedores de servicio. Se evidencia gestión realizada con corte al primer trimestre de la vigencia. No se tiene procedimiento, funciona con el mismo instrumento de seguimiento de la OTIC.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En los comités primarios de los meses de enero a abril de 2020, se evidencia el seguimiento a la ejecución de los contratos, por parte de los diferentes proveedores de servicio, mediante el instrumento diseñado "CONTROL Y SEGUIMIENTO EJECUCION CONTRATOS TICS-UAESP"	Se observa que la Unidad, mediante la oficina TIC'S, establece la actividad de control de los diferentes proveedores de servicio mensuales, la OTIC, realiza el seguimiento y el nivel de cumplimiento de los proveedores.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Se recomienda continuar con el monitoreo, seguimiento, control y nivel de cumplimiento de los proveedores de servicio, mediante los comités primarios. Lo anterior con el propósito de establecer las alertas respectivas y tomar las acciones necesarias de acuerdo a los compromisos establecidos.
Act. C	DGVR	-	5.3	7.2	47	Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	Los roles están definidos e identificados en la Resolución 696 de 2017 para el Modelo de Transformación Organizacional de la Unidad. https://sites.google.com/a/uaesp.gov.co/resoluciones-uaesp/2017/Resoluci%C3%B3n%20No.%20696-2017.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité directivo de gestión	Los roles están definidos en la Resolución 696 de 2017, en cada uno de los comités del SIG de la Unidad. No obstante no fue posible realizar la verificación del tratamiento del tema al que se refiere la pregunta en las actas de reunión de instancias del Sistema Integrado de Gestión de la Entidad, debida que no fueron remitidas las actas por el secretarías técnicos de los comités.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funciona, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	No Conforme	Se recomienda, que en el momento que se requieran las actas de los comités del SIG a los secretarías técnicos sena compartidas en tiempo y oportunidad para realizar las verificaciones necesarias.
Act. C	DGVR	-	5.3	7.2	47	Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	Los roles están definidos e identificados en la Resolución 696 de 2017 para el Modelo de Transformación Organizacional de la Unidad. https://sites.google.com/a/uaesp.gov.co/resoluciones-uaesp/2017/Resoluci%C3%B3n%20No.%20696-2017.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Directivo de gestión	Una vez verificado los soportes presentados como de evidencias por el auditado, actas de reuniones de los Comités Institucional de Gestión y Desempeño, fechadas del 16/10/2019, 10/12/2019, 23/12/2019, y del 30/01/2020; se observa en ellas, el seguimiento y avance de las diferentes funciones asignadas a los integrantes del Comité. De lo anterior se concluye que la entidad da cumplimiento con lo establecido, en principio, con la resolución 696 de 2017 y en su Modelo de Transformación Organizacional – MTO. Sin embargo a nivel de procesos auditados no fue clara de un instrumento o matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Solicitar apoyo al proceso de Dirección estratégica y Gestión de Tecnologías de la Información frente a la aplicación de citados instrumentos/matrices en el proceso.
Act. C	DGVR	-	5.3	7.2	47	Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	Los roles están definidos e identificados en la Resolución 696 de 2017 para el Modelo de Transformación Organizacional de la Unidad. https://sites.google.com/a/uaesp.gov.co/resoluciones-uaesp/2017/Resoluci%C3%B3n%20No.%20696-2017.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Directivo de gestión	Los roles están definidos en la Resolución 696 de 2017, en cada uno de los comités del SIG de la Unidad. No obstante no fue posible realizar la verificación del tratamiento del tema al que se refiere la pregunta en las actas de reunión de instancias del Sistema Integrado de Gestión de la Entidad, debida que no fueron remitidas las actas por el secretarías técnicos de los comités.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	No Conforme	Se recomienda, que en el momento que se requieran las actas de los comités del SIG a los secretarías técnicos sena compartidas en tiempo y oportunidad para realizar las verificaciones necesarias.
Act. C	DCI	-	9.2	6.1	48	Se cuenta con información de la 3a línea de defensa, como evaluador independiente en relación con los controles implementados por el proveedor de servicios, para asegurar que los riesgos relacionados se mitigan.	La Unidad estableció la política de gestión de riesgos http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%CC%81tic%20de%20administraci%C3%B3n%20de%20riesgo%2024.5.19.docx el formato FM-12 Mapa de riesgos V9 para seguimiento de las acciones de los Mapas de Riesgo de Corrupción y Gestión http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-12%20Mapa%20de%20Riesgos%20V9.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	Se evidencian seguimientos a las acciones formuladas en los mapas de Riesgos de corrupción y de gestión. Así mismo se informan las observaciones, recomendaciones y no conformidades detectadas en la evaluación de gestión por dependencias mediante los informes de auditoría. 20191100058403, 20201100023763, 20201100024183, 20201100024213, 20201100024223, 20201100024243, 20201100024253, 20201100024263, 20201100024293 y 20201100024553.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		ID	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE			
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	Act. C	DGVR	Act. C	DGVR	Act. C					DGVR	Act. C	DER				DDE	DCI	DCI
			Act. C	DGVR	Act. C	DGVR	Act. C	DGVR	Act. C	DER	DDE	DCI	DCI	comité primario	SAL: Se observa el acta de comité primario del 29 de Enero de 2020 don el proceso de gestión de asuntos legales ha efectuado cambion en formatos y procedimientos SAF: No se logro evidenciar las actas	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
			Act. C	DGVR	Act. C	DGVR	Act. C	DGVR	Act. C	DER	DDE	DCI	DCI	Comité Primarios En el SIG	Al verificar los soportes presentados por el auditado de Las áreas de SSFAP y de SDF, las Actas de Comité Primario de los meses agosto, octubre, noviembre y diciembre de 2019 y de abril, mayo, junio de 2020; se pudo observar en ellas, en la del mes de mayo de 2020, de Servicios Funerarios, en el numeral 3, Nuevos Procesos, se trató el tema del contrato para el proceso de Control de olores. En consecuencia, se infiere que la entidad a través de sus procesos y procedimientos establecidos En el SIG da cumplimiento a la evaluación y actualización de los procesos cuando sea necesario.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
			Act. C	DGVR	Act. C	DGVR	Act. C	DGVR	Act. C	DER	DDE	DCI	DCI	Comité Primario	OACRI - En el acta No. 11 de fecha 28/11/2019 se observa en comité primario del proceso Gestión de Comunicaciones cambios organizacionales como el del Plan estratégico de Comunicaciones y los protocolos de Comunicaciones, los cuales se pueden consultar en los siguientes enlaces: http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20de%20Gestion%20de%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
			Act. C	DER	Act. C	DER	Act. C	DER	Act. C	DER	DDE	DCI	DCI	Comité Primario	Se evidencian observaciones, como debilidades en la gestión de acciones correctivas, debilidades en la planificación contractual, debilidades en el seguimiento y consolidación de la ejecución la meta proyecto de inversión, debilidades en la documentación de controles, entre otras, identificadas en la evaluación de gestión por dependencias mediante los informes de auditoría con radicados No. 20191100058403, 20201100023763, 20201100024183, 20201100024213, 20201100024223, 20201100024243, 20201100024253, 20201100024263, 20201100024293 y 20201100024553.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	0
			Act. C	DDE	Act. C	DDE	Act. C	DDE	Act. C	DER	DDE	DCI	DCI	No se ha verificado en algún comité o instancia el análisis del monitoreo realizado a la gestión de los riesgos por parte de los procesos.	Se observa monitoreo y seguimiento a la gestión de los riesgos por parte de los procesos con corte al primer trimestre de la vigencia 2020. No obstante no se evidencia que la verificación y/o análisis se lleve alguna instancia o comité para su evaluación.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Establecer la evaluación y seguimiento de la gestión de los riesgos, en algún comité o instancia, que permita desde una mirada estratégica, identificar las fortalezas y debilidades, y de esta manera tomar cursos de acción para garantizar la efectividad de los controles.
			Act. C	DCI	Act. C	DCI	Act. C	DCI	Act. C	DER	DDE	DCI	DCI	comité primario	SAL: Se observa el acta de comité primario del 29 de Enero de 2020 don el proceso de gestión de asuntos legales realiza el tratamiento del tema de controles para los riesgos de gestión y corrupción, los cuales fueron remitidos a la OAP en el formato FM-19 Diseño del control V1, para su aprobación con radicado	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
			Act. C	DCI	Act. C	DCI	Act. C	DCI	Act. C	DER	DDE	DCI	DCI	Actas de Comité Primario.	En la Auditoría Gestión por Dependencias (del 20/04/2020 con radicado 20201100018943), se verificó entre otros aspectos, el diseño del control en el Formato "FM -19 Diseño del Control V1", en él, se pudo observar la asignación de cada uno de los responsables para ejecutar o llevar a cabo los controles formulados para los riesgos identificado. Por lo anterior, se concluye que la entidad da cumplimiento a lo establecido en procedimientos establecidos para el diseño de controles.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN			AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO	Explicación de <u>cómo la Entidad evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	EAO	EAO			¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?			
IC	DIC	7.5	EAO	EAO	Gestión Tecnológica y de la Información	<p>55</p> <p>La entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permita su actualización</p> <p>La entidad cuenta con una matriz de activos de información e índice de información clasificada y reservada actualizada en la página web. Adicionalmente se está tramitando con la Oficina de Planeación, un procedimiento sobre la gestión de los activos de información. El seguimiento de esta actividad se realiza en el PAAC 2020.</p> <p>3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.</p>	<p>En el comité de Seguridad de la Información y gobierno Digital, se revisa, se analiza y se realiza el seguimiento a la gestión en materia de activos de información de la Unidad. Se evidencia mediante Acta de reunión No. 8 de 26 de agosto de 2019, la revisión de la matriz de riesgos de los activos de información con los responsables de calidad de cada Dependencia. Mediante Acta de reunión No. 2 de 25 de junio de 2020, se evidencia el seguimiento al estado y aprobación del del procedimiento Activos de información, el cual está en trámite en la Oficina Asesora de Planeación.</p>	<p>3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.</p>	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Se recomienda realizar el seguimiento respectivo a la aprobación del procedimiento, con el propósito de establecer los lineamientos, actividades, responsables y periodicidad, para la gestión, actualización y/o modificación de los activos de información.
IC	DIC	4.1 4.2	EAO	EAO	Gestión Tecnológica y de la Información	<p>56</p> <p>La entidad considera un ámbito amplio de fuentes de datos (internas y externas), para la captura y procesamiento posterior de información clave para la consecución de metas y objetivos</p> <p>Mediante la gestión de la matriz de Activos de información e índice de información clasificada y reservada actualizada en la página web, de todas las Dependencias de la Entidad, se considera y se determina la fuente de datos, para la captura y procesamiento de la información necesaria que se requiere para la toma de decisiones, clave para la consecución de metas y objetivos.</p> <p>3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.</p>	<p>En el comité de Seguridad de la Información y gobierno Digital, se revisa, se analiza y se realiza el seguimiento a la gestión en materia de activos de información de la Unidad. Se evidencia mediante Acta de reunión No. 8 de 26 de agosto de 2019, la revisión de la matriz de riesgos de los activos de información con los responsables de calidad de cada Dependencia. Mediante Acta de reunión No. 2 de 25 de junio de 2020, se evidencia el seguimiento al estado y aprobación del del procedimiento Activos de información, el cual está en trámite en la Oficina Asesora de Planeación.</p>	<p>2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias</p>	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Determinar el nivel de utilidad de la fuente de datos, que permita una vez se tenga la información procesada, el análisis y disponibilidad para la toma de decisiones, que aporte a la consecución de las metas y objetivos institucionales.
IC	DIC	7.5 4.4	EAO	EAO	Gestión Tecnológica y de la Información	<p>57</p> <p>La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes</p> <p>La Unidad está gestionando la implementación del Modelo de Privacidad y Seguridad de la Información-MSPI. Esta gestión se viene realizando desde la vigencia anterior y actualmente se están implementando los procedimientos que se requieren para su implementación al 100%. Adicionalmente se cuenta con el Manual de política de seguridad de la información, la implementación de la política.</p> <p>2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas</p>	<p>En los Comités de Seguridad de la Información y Gobierno Digital, se realiza el seguimiento a la implementación del Modelo de Privacidad y Seguridad de la Información-MSPI y el estado de los procedimientos que permita su implementación en un 100%. Se evidencian Actas de reunión No. 10, del mes de agosto de 2019, y No. 11, de diciembre de 2019. En la actual vigencia se han realizado 2 comités, en el mes de marzo y junio respectivamente.</p>	<p>3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.</p>	Oportunidad de mejora	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva	Conforme	Gestionar la Actualización del modelo, políticas, planes y procedimientos de Seguridad, confidencialidad, y disponibilidad de los datos e Información, conforme a la nueva resolución sobre el MIPG (Modelo Integrado de Planeación y Gestión).
IC	DIC	7.4 7.3	IDS	IDS	Gestión de las comunicaciones	<p>58</p> <p>Para la comunicación interna la Alta Dirección tiene mecanismos que permitan dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que todo el personal entienda su papel en su consecución. (Considera los canales más apropiados y evalúa su efectividad)</p> <p>La OACRI cuenta con el Plan Estratégico de comunicaciones PL-01 Plan Estratégico de Comunicaciones V5 y Protocolos de Comunicaciones PT-01 Protocolos del Proceso Gestión de Comunicaciones V1, http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx</p> <p>3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.</p>	<p>Comité Primario</p> <p>En el acta No. 11 de fecha 28/11/2019 se observa en comité primario del proceso Gestión de Comunicaciones. La oficina Asesora de Comunicaciones y Relaciones Interinstitucionales sigue los lineamientos impartidos por la alta dirección y realizando un trabajo guiado cumpliendo con los objetivos institucionales, de acuerdo a los establecido en el Plan Estaregico de Comunicaciones en la página 8 Comunicaciones Internas y lo establecido en los protocolos de comunicaciones pagina 14 numeral 4 Consejo de redacción. http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx</p>	<p>3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.</p>	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN			AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de <u>cómo</u> la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *			EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)		TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE	
MECI	MIPG	NTC ISO 9001					ID	PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?				
IC	DIC	7.5	HMP	Gestión Documental	59	La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad)	En la pagina web de la unidad dentro del MTO se puede observar el programa de gestion documental http://www.uaesp.gov.co/images/Programa_Gestion_Documental.pdf en el cual se plasma aspectos como la politica de gestion documental donde se describen lineamientos relacionados con la informacion.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario comité de responsabilidad social comité institucional de archivo	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme				
IC	DIC	7.4	HMP	Servicio al Ciudadano	60	La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen la confianza para utilizarlos	Los canales de interacción funcionan para cliente interno y externo como el formulario electrónico el cual se encuentra en la pagina web en dos iconos; PQRS; El cual contiene la tipología "denuncias por actos de corrupción"; Un icono directo "DENUNCIAS POR ACTOS DE CORRUPCIÓN". Otro canal para denuncias por actos de corrupción es el correo electrónico anticorrupcion@uaesp.gov.co el cual se encuentra en el pie de pagina del sitio web; el distrito también habilita la aplicación "BOGOTA TE ESCUCHA" en la cual también se puede denunciar. Estos canales de interacción tienen en común, que dentro de su contenido esta la posibilidad de realizar este tipo de denuncias de forma anónima.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité de responsabilidad social	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	documentar todos aquellos aspectos que den cuenta del seguimiento y monitoreo del funcionamiento o mejora de los respectivos canales de información para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares			
IC	DIC	7.4	IDS	Gestión de las comunicaciones	61	La entidad establece e implementa políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva	La OACRI cuenta con el Plan Estratégico de comunicaciones PL-01 Plan Estratégico de Comunicaciones V5 y Protocolos de Comunicaciones PT-01 Protocolos del Proceso Gestión de Comunicaciones V1, http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx La OCARI cuenta con los siguientes procedimientos PC-01 Relaciones Interinstitucionales y eventos V4 PC-04 Comunicación Interna y Externa V5, los cuales se pueden consultar en el SIG de la Unidad. http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/procesos_mto.php?id=estrategicos_comunicaciones	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme				
IC	DIC	8.2.1	IDS	Gestión de las comunicaciones	62	La entidad desarrolla e implementa controles que facilitan la comunicación externa, la cual incluye políticas y procedimientos. Incluye contratistas y proveedores de servicios tercerizados (cuando aplique).	La entidad cuenta con los controles formulados por la OACRI los cuales se pueden observar en el Mpa de Riesgos de gestión y Corrupción y en el Diseño de Controles formulado. Así mismo cuenta con el Plan Estratégico de comunicaciones y Los Protocolos de Gestión de las Comunicaciones, procedimientos del Proceso de Comunicaciones. http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx La OCARI cuenta con los siguientes procedimientos PC-01 Relaciones Interinstitucionales y eventos V4 PC-04 Comunicación Interna y Externa V5, los cuales se pueden consultar en el SIG de la Unidad. http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/procesos_mto.php?id=estrategicos_comunicaciones http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/riesgos/Mapa%20Riesgos%20GCO%202020.xlsx?93	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comités Primarios	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme				

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *			EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)		TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE
MECI	MIPG	NTC ISO 9001				ID	PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?					
IC	DIC	7.4	82.1	IDS	Gestión de las comunicaciones	63	La entidad cuenta con canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos son reconocidos a todo nivel de la organización.	La OACRI cuenta con el Plan Estratégico de comunicaciones PL-01 Plan Estratégico de Comunicaciones V5 y Protocolos de Comunicaciones PT-01 Protocolos del Proceso Gestión de Comunicaciones V1, http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx La OACRI cuenta con los siguientes procedimientos PC-01 Relaciones Interinstitucionales y eventos V4 PC-04 Comunicación Interna y Externa V5, los cuales se pueden consultar en el SIG de la Unidad. http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizational/procesos_mto.php?id=estrategicos_comunicaciones	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comités Primarios	La oficina Asesora de comunicaciones y Relaciones Interinstitucionales cuenta con canales externos de comunicación como las redes sociales (Instagram, Face Book, Twittwr, Youtube, radio, tv, prensa). Monitoreo de medios.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.		
IC	DIC	7.4	7.5	HMP	Gestión Documental	64	La entidad cuenta con procesos o procedimientos para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién la analiza), y a la respuesta requerida (quién la canaliza y la responde)	Se tienen los siguientes procedimientos donde se indica lo relacionado con el manejo de toda la información. PC-01_Gestion_Archivo_Central V3 PC-03_Desarrollo_Colecciones Centro_Documentacion V2 PC-04 Organización de Archivos de gestión_V1 PC-05_Limpieza_Depositos_de_Archivo_y_Documentos PC-06_Tablas_Retencion_Documental V4 PC-07_Bioseguridad_Manipulacion_Dtos V2 PC-11 Comunicaciones Enviadas V2 PC-12 Envío y distribución de comunicaciones oficiales V1 PC-13 Consulta y préstamo de documentos V1	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité de responsabilidad social comité institucional de archivo	El proceso de Gestión documental cuenta con una serie de procedimientos en los que se aplica la responsabilidad y niveles de autoridad con la administración de la información. PC-01_Gestion_Archivo_Central V3 PC-03_Desarrollo_Colecciones Centro_Documentacion V2 PC-04 Organización de Archivos de gestión_V1 PC-05_Limpieza_Depositos_de_Archivo_y_Documentos PC-06_Tablas_Retencion_Documental V4 PC-07_Bioseguridad_Manipulacion_Dtos V2 PC-11 Comunicaciones Enviadas V2 PC-12 Envío y distribución de comunicaciones oficiales V1 PC-13 Consulta y préstamo de documentos V1	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.		
IC	DIC	9.1	7.4	IDS	Gestión de las comunicaciones	65	La entidad cuenta con procesos o procedimientos encaminados a evaluar periódicamente la efectividad de los canales de comunicación con partes externas, así como sus contenidos, de tal forma que se puedan mejorar.	La entidad a través de la OACRI cuenta con los procedimientos PC-01 Relaciones Interinstitucionales y eventos V4 PC-04 Comunicación Interna y Externa V5, los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizational/procesos_mto.php?id=estrategicos_comunicaciones	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comités Primarios	La oficina Asesora de Comunicaciones y Relaciones Interinstitucionales realiza mes a mes el monitoreo externo que se realiza a redes sociales y medios de comunicación, como está establecido en los procedimientos PC-01 Relaciones Interinstitucionales y eventos V4 PC-04 Comunicación Interna y Externa V5, los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizational/procesos_mto.php?id=estrategicos_comunicaciones .	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.		
IC	DDE	4.2	5.1.2	HMP	Gestión de Asuntos Legales	66	La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente	Se observa en el MTO en la dimensión Relacional la caracterización de los grupos de interés en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/documentos/Caracterizacio%CC%81n%20Grupos%20de%20Inter%CC%81s%20UAESP.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité directivo de gestión	El 16/10/2019, se observa en comité directivo de gestión, el tratamiento de la satisfacción de los usuarios y la caracterización de las partes interesadas en el numeral 3.1 del acta. Así mismo se observa participación de los jefes de oficina y las subdirecciones de la unidad.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.		
IC	DDE	4.2	5.1.2	JIP	Servicios Funerarios	66	La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente	Se observa en el MTO en la dimensión Relacional la caracterización de los grupos de interés en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/documentos/Caracterizacio%CC%81n%20Grupos%20de%20Inter%CC%81s%20UAESP.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Seguimiento Matriz de análisis de los Grupos de Interés Para Alumbrado, Servicios Funerarios y Subsidios Funerarios, Disposición Final. Comité de Transformación Organizacional	Se aportó como evidencia el acta de la reunión del Comité del MTO del 10/12/2019, en la cual se observa que se plantea como propuesta, la de trabajar de manera continua la Política de Relaciónamiento con los Grupos de Interés.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.		
IC	DDE	4.2	5.1.2	IDS	Gestión Integral de Residuos	66	La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente	Se observa en el MTO en la dimensión Relacional la caracterización de los grupos de interés en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/documentos/Caracterizacio%CC%81n%20Grupos%20de%20Inter%CC%81s%20UAESP.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Directivo de Gestión	El 16/10/2019, se observa en comité directivo de gestión, el tratamiento de la satisfacción de los usuarios y la caracterización de las partes interesadas en el numeral 3.1 del acta. Así mismo se observa participación de los jefes de oficina y las subdirecciones de la unidad.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.		
IC	DDE	9.1.2	10.0	HMP	Servicio al Ciudadano	67	La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes	La entidad aplica una encuesta dirigida a los grupos de interés (usuarios) para medir la percepción y realizar las mejoras correspondientes http://www.uaesp.gov.co/content/datos-o-informacion-te-interesa-conocer-la-uaesp	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité directivo de gestión	El 16/10/2019, se observa en comité directivo de gestión, el tratamiento de la satisfacción de los usuarios y la caracterización de las partes interesadas en el numeral 3.1 del acta. Así mismo se observa participación de los jefes de oficina y las subdirecciones de la unidad. Solo se pudo verificar el acta correspondiente al mes de octubre de 2019, no se presentaron actas posteriores a esta fecha, tal y como lo establece la Resolución No. 696 de 2017, ocasionando que se realice una verificación de lo que está en la pregunta.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No fue posible verificar actas del comité directivo de gestión posteriores a la fecha 16/10/2019.		

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de <u>cómo</u> la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE			
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	JIP	IDS	IDS	IDS	PREGUNTAS		Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)				Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?	
IC	DDE	9.1.2	JIP	IDS	IDS	IDS	67	La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	3	Para Servicios Funerarios. Encuestas realizadas entre diciembre de 2019 y enero 2020. Actas de Comité de Transformación Organizacional Para el proceso de Disposición Final se cuenta con el formato para encuesta GIR-FM-16- Encuesta de satisfacción zona de influencia al Relleno Sanitario Doña Juana V3.	La Subdirección de Servicios Funerarios, aporta como evidencia, un informe de análisis producto de encuestas de satisfacción de "Servicios Integrales Funerarios para el periodo enero - octubre de 2019", realizada a los usuarios. De igual manera se aporta como evidencia "Encuesta de medición de satisfacción Servicios UAESP" realizada en el mes de enero de 2020. De otro lado, dese el Proceso de Dirección Estratégico - DE (Oficina Asesora de Planeación - OAP) se aportó correo institucional (fechados 05 y 11 de junio de 2020) en el cual se observa la gestión realizada a la "Actualización del procedimiento de medición de la satisfacción de los servicios de la UAESP (Para la incorporación y actualización en el SIG)". orporación y actualización en el SIG".	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
IC	DDE	9.1.2	IDS	IDS	IDS	IDS	67	La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	2	Comité Directivo de Gestión	El 16/10/2019, se observa en comité directivo de gestión, el tratamiento de la satisfacción de los usuarios y la caracterización de las partes interesadas en el numeral 3.1 del acta. Así mismo se observa participación de los jefes de oficina y las subdirecciones de la unidad. Solo se pudo verificar el acta correspondiente al mes de octubre de 2019, no se presentaron actas posteriores a esta fecha, tal y como lo establece la Resolución No. 696 de 2017, ocasionando que se realice una verificación de lo que esta en la pregunta.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	No fue posible verificar actas del comité directivo de gestión posteriores a la fecha 16/10/2019.
M	DCI	9.2	IDS	IDS	IDS	IDS	68	El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del jefe de Control Interno o quien haga sus veces y hace el correspondiente seguimiento a su ejecución	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	3	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Se observan actas No. 1 de fecha 31/01/2019 y No. 1 de fecha 24/01/2020, donse se aprueban los planes de auditoría para el año 2019 y año 2020. Se observa seguimiento al Plan anual de auditorías del 2018 en el acta No. 1 de 2019 y para el plan anual de auditorías del año 2019 en el acta No. 1 de 2020.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
M	DCI	9.3	IDS	IDS	IDS	IDS	69	La Alta Dirección periódicamente evalúa los resultados de las evaluaciones (continuas e independientes) para concluir acerca de la efectividad del Sistema de Control Interno	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	3	Comité Directivo de Gestión	Mediante Acta del 16/10/2019 de Comité Primario se observa seguimiento a las No conformidades y acciones preventivas a la Auditoría externa para el SIG Numeral 3.4 y los Resultados de Auditoría en el numeral 3.6.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
M	DCI	9.2	IDS	IDS	IDS	IDS	70	La Oficina de Control Interno o quien haga sus veces realiza evaluaciones independientes periódicas (con una frecuencia definida con base en el análisis de riesgo), que le permite evaluar el diseño y operación de los controles establecidos y definir su materialización para evitar la materialización de riesgos	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	3	Comites Primarios	Se evidencian seguimientos a las acciones formuladas en los mapas de Riesgos de corrupción y de gestión. Así mismo se informan las observaciones, recomendaciones y no conformidades identificadas en la evaluación de gestión por dependencias mediante los informes de auditoría. 20191100058403, 20201100023763, 20201100024183, 20201100024213, 20201100024223, 20201100024243, 20201100024253, 20201100024263, 20201100024293 y 20201100024553.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
M	DCI	9.1	EAO	EAO	EAO	EAO	71	Acorde con el Esquema de Líneas de Defensa se han implementado procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	3	No se ha verificado en algún comité o instancia, la revisión y aprobación de los procedimientos de monitoreo continuo.	Se observa que la segunda línea de defensa, tiene establecido 4 procedimientos de monitoreo continuo a la gestión de la Unidad. Estos procedimientos se encuentran actualizados y publicados en el micrositio SIG. No obstante no se evidencia que la presentación y aprobación de estos procedimientos se hayan analizado en alguna instancia o comité.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Establecer la revisión y aprobación de los procedimientos en algún comité o instancia, con el fin de evaluar su pertinencia y aplicación, en las actividades de gestión de la Entidad.
M	DCI	9.1	IDS	IDS	IDS	IDS	72	Frente a las evaluaciones independientes la entidad considera evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, certificadores, ONG's u otras que permitan tener una mirada independiente de las operaciones	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	3	Comité Directivo de Gestión	Mediante Acta del 16/10/2019 de Comité Primario se observa seguimiento a las No conformidades y acciones preventivas a la Auditoría externa para el SIG Numeral 3.4 y los Resultados de Auditoría en el numeral 3.6. Así mismo se observa seguimiento a los planes de mejoramiento de la Contraloría de Bogotá y la Contraloría General de la República. La OCI informa a las dependencias de la Unidad los resultados de los seguimientos en los informes de Evaluación Institucional 20191100058403, 20201100023763, 20201100024183, 20201100024213, 20201100024223, 20201100024243, 20201100024253, 20201100024263, 20201100024293 y 20201100024553.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE				
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	IDS	IDS	EAO	EAO	EAO		¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?							
M	DCI	-	9.1	10.0	M	DCI	-	73	A partir de la información de las evaluaciones independientes, se evalúan para determinar su efecto en el Sistema de Control Interno de la entidad y su impacto en el logro de los objetivos, a fin de determinar cursos de acción para su mejora	El proceso de evaluación y mejora cuenta con el procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12 http://www.uaesp.gov.co/moodelo-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-04%20%20Auditorias%20Internas%20V12.doc , donde se puede observar que en las actividades No. 11 Comunicar informe de evaluación independiente, No. 12 Definir acciones correctivas, preventivas y/o de mejora de acuerdo a los resultados y No. 13 que nos indica que debemos Realizar seguimiento al informe de auditoría Interna.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Se eobserva seguimiento a las acciones de los planes de mejoramiento de la Contraloría de Bogotá y la Contraloría General de la República los cuales son informados mediante Informes de evaluación institucional 20191100058403, 20201100023763, 20201100024183, 20201100024213, 20201100024223, 20201100024243, 20201100024253, 20201100024263, 20201100024293 y 20201100024553, donde las subdirecciones y oficinas realizan las autoevaluaciones y presentación de evidencias con el fin de lograr cumplir los objetivos institucionales.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
M	DCI	-	9.1	10.0	M	DCI	-	74	Los informes recibidos de entes externos (organismos de control, auditores externos, entidades de vigilancia entre otros) se consolidan y se concluye sobre el impacto en el Sistema de Control Interno, a fin de determinar los cursos de acción	Informe de implementación políticas de gestión y desempeño - MIPG 2019 http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Informe%20Pol%C3%81ticas%20%28Autodiagn%C3%81sticos%29%20MIPG%20%2831-12-2019%29.pptx . Publicación en pagina web de Informes de Auditorías Entes de Control http://www.uaesp.gov.co/transparencia/control/informes-gestion-evaluacion-auditoria#	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Directivo de Gestión	Mediante Acta del 16/10/2019 de Comité Primario se observa seguimiento a las No conformidades y acciones preventivas a la Auditoría externa para el SIG Numeral 3.4 y los Resultados de Auditoría en el numeral 3.6.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
M	DCI	-	9.1	8.7	M	DCI	-	75	La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo	La Unidad cuenta con la política de administración del riesgo, la cual establece los niveles de responsabilidad a quien reportar las deficiencias frente a la gestión y control de los riesgos que pueda enfrentar la entidad. Adicionalmente en el Plan de Acción y herramienta autodiagnóstico del MIPG, y en el Formulario reporte del FURAG, se reportan las deficiencias del Sistema de Control Interno como resultado del monitoreo continuo.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Mediante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, la Unidad, presenta el cumplimiento del Plan de acción del MIPG de la vigencia 2019, los resultados de la medición del desempeño institucional (mediante reporte formulario FURAG), y la presentación y aprobación del Plan de mantenimiento y sostenibilidad del MIPG 2020.	Se verifica que mediante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño mediante acta de reunión con fecha 23 de diciembre de 2019, donde se presentaron los resultados del Plan de acción MIPG vigencia 2019, y el reporte FURAG. Y mediante acta de reunión con fecha 30 de enero 2020, la presentación y aprobación del Plan de acción del MIPG vigencia 2020. Sin embargo es importante documentar y dar mejor claridad de las políticas que establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Documentar políticas que establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo
M	DCI	-	9.3	10.0	M	DCI	-	76	La Alta Dirección hace seguimiento a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias comunicadas sobre el Sistema de Control Interno y si se han cumplido en el tiempo establecido	En la Unidad, mediante los Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (CICCI) en cabeza de la Alta Dirección, se realiza el seguimiento y análisis a las acciones correctivas relacionadas con las deficiencias en Sistema de Control Interno.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Mediante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Acta No. 1, con fecha 24 de enero de 2020, se le realiza el seguimiento y análisis a las acciones correctivas, producto del Informe de cumplimiento del Plan de auditorías de la vigencia.	Se evidencia en el CICCI con fecha 24 de enero de 2020, la presentación del informe con los principales resultados del Plan anual de auditorías vigencia 2019. En el cual, se realizó la evaluación y seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora, sobre las deficiencias encontradas en el Sistema de Control Interno.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	No requiere recomendación.
M	DCI	-	6.1	8.4	M	DCI	-	77	Los procesos y/o servicios tercerizados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos	La Oficina de Control Interno como tercera línea de defensa mediante el Plan Anual de Auditorías establecido para la vigencia, planifica y ejecuta auditorías que incluyen procesos y/o servicios tercerizados. Los resultados y evaluación de la gestión de las auditorías realizadas, se llevan al Comité Institucional de Control Interno.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Mediante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Acta No. 1, con fecha 24 de enero de 2020, se le realiza el seguimiento y análisis del cumplimiento del Plan Anual de auditorías, incluyendo las auditorías realizadas a los procesos tercerizados.	Se observa en la ejecución del Plan Anual de Auditorías de la vigencia, la evaluación de procesos tercerizados. Se evidencia la Planeación y ejecución de la Auditoría de Evaluación de Gestión por Dependencias realizada entre otros, a los procesos misionales, incluyendo la evaluación a los riesgos asociados a la gestión de su proceso los cuales incluyen las actividades tercerizadas. También se programan auditorías específicas a procesos misionales, como la auditoría al Proceso Integral de residuos sólidos, proceso el cual se encuentra tercerizado. Se evidencia el seguimiento y evaluación al Plan de auditorías mediante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, Acta No. 1, con fecha 24 de enero de 2020.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Incorporar en las primeras y segundas líneas de defensa la importancia de que la gestión se articule a la gestión de riesgos
M	DCI	-	8.2.1	10.0	M	DCI	-	78	Se evalúa la información suministrada por los usuarios (Sistema PQRD), así como de otras partes interesadas para la mejora del Sistema de Control Interno de la Entidad	Así mismo los usuarios pueden realizar o interponer quejas en link pqrs http://www.uaesp.gov.co/content/crear-pqrd publicado en la unidad o vía correo electrónico a través del correo uaesp.gov.co y llamadas telefónicas a través del número 3580400. Por otra parte se puede observar en el SIG el proceso de Servicio al Ciudadano con siguientes procedimientos PC-01 Procedimiento Servicio al Ciudadano V7 PC-02 Medición de la satisfacción de los servicios V2 PC-05 Atención a Derechos de Petición y PQRS V6	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario comité CICCI	En el proceso Evaluación y mejora se evidencia el procedimiento auditorías internas en el cual se realiza evaluación a la gestión de quejas, sugerencias y reclamos. Informe rad 20201100012493	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Considerar como fuente las PQRS para generar acciones correctivas y de mejora asociadas al sistema, dado que solo se evidencian acciones de la tercera línea de defensa.
M	DCI	-	9.1	10.0	M	DCI	-	79	Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).	La Unidad a través del proceso de Evaluación y Mejora cuenta con el procedimiento PC-03 PM Accorreativas preventivas y de mejora V9 para realizar la verificación y avance de las acciones formuladas en el plan de mejoramiento http://www.uaesp.gov.co/moodelo-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-03%20PM%20Accorreativas%20preventivas%20y%20de%20mejora%20V9.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	SAL en las actas de comité primario revisadas, correspondientes a los meses de septiembre a diciembre de 2019 y enero a mayo de 2020 pertenecientes al proceso de Gestión de Asuntos legales, se evidencia el tratamiento de planes de mejoramiento y de acciones correctivas y de mejora. SAF: No se evidencia la acta de comité primario	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de <u>cómo</u> la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE			
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	JIP	IDS	IDS	HMP	JIP		IDS	EAO	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)				Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?	
M	DCI	9.1	JIP	IDS	IDS	HMP	JIP	IDS	EAO	Planes de Mejoramiento Actas de Comité Primario.	En el Acta del Comité Primario de Alumbrado Público, del 18/12/2019, se observa como tema de la agenda, el Plan de Mejoramiento de la Contraloría de Bogotá. Y en el acta del Comité Primario de Servicios Funerarios del 20/12/2019, se observa como tema a tratar, el Plan de Mejoramiento Interno. Lo anterior evidencia que las dependencias (procesos) realizan la verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los Planes de Mejoramiento como producto de la autoevaluaciones.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
M	DCI	9.1	IDS	IDS	IDS	HMP	JIP	IDS	EAO	Comités primarios	DACRI - en las actas de comité primario revisadas, correspondientes a los meses de septiembre a diciembre de 2019 y enero a junio de 2020 pertenecientes al proceso de Gestión de Comunicaciones, no se evidencia el tratamiento de planes de mejoramiento y de acciones correctivas y de mejora. Sin embargo y de acuerdo a los informes de evaluación de gestión por dependencias, se observa que el proceso Gestión de Comunicaciones realiza planes de mejoramiento y formulación de acciones correctivas a los hallazgos identificados en los informes de resultados No. 20201100005103 de fecha 06/02/2020 y 20201100024253 de fecha 25/05/2020.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	0
M	DCI	9.2	IDS	IDS	IDS	HMP	JIP	IDS	EAO	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Se observa seguimiento a las acciones de los planes de mejoramiento de la contraloría de bogota, la contraloría general de la república y el plan de mejoramiento de gestión, donde la OCI mide la eficacia de las evidencias para recomendar el cierre ante los entes de control y para cerrar las acciones del plan de mejoramiento interno.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
M	DCI	9.1	HMP	IDS	IDS	HMP	JIP	IDS	EAO	comité primario	SAF - NO SE EVIDENCIA CARGUE DE LAS ACTAS DE COMITÉ PRIMARIO	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	0
M	DCI	9.1	JIP	IDS	IDS	HMP	JIP	IDS	EAO	Actas de Comité Primario.	Una vez revisada el Acta Comité Primario de febrero, en el punto 1, se observa a segundo párrafo, el reporte de una deficiencia al nivel jerárquico superior. De igual manera en el acta de Comité Primario del mes de marzo, se observa en el punto 2 "Aspectos relevantes", intervención de una funcionaria, reportando o indicando la importancia de publicar los Informes de S y C una vez estén firmados por el subdirector. De igual manera, en el punto 3 Varios; párrafo 2, una funcionaria reporta deficiencia al jefe inmediato (subdirector). De lo anterior se concluye, que la SDF da cumplimiento a comunicar las deficiencias de control interno al nivel jerárquico superior, con el fin de que se tomen los correctivos del caso y a tiempo.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0
M	DCI	9.1	IDS	IDS	IDS	HMP	JIP	IDS	EAO	Comité Primario	SRBL - Se observan las actas No. 1 del 26/02/2020 y No. 2 del 23 de abril de 2020, la primera corresponde al comité primario para los meses de enero y febrero de 2020 y la segunda corresponde a los meses de marzo y abril de 2020, se observan que no se está cumpliendo con lo establecido en el Parágrafo 1 del Artículo 43 de la resolución 296 de 2017, así mismo se evidencia que no se han remitido copias de las actas correspondientes a los meses de mayo y junio de 2020.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	2	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	0
AC	DDE	4.2	EAO	IDS	IDS	HMP	JIP	IDS	EAO	En el Comité de Responsabilidad Social, se aprobó y socializó la caracterización de partes interesadas de la vigencia 2019. Se evidencia acta de reunión No. 2 con fecha 18 de junio de 2019	Se observa que la Entidad cuenta con una matriz de caracterización de partes interesadas correspondiente a la vigencia 2019. Actualmente se está trabajando en la actualización de la matriz de acuerdo a los nuevos lineamientos establecidos, de acuerdo al nuevo Plan de Desarrollo 2020-2024. Realizando el proceso de verificación, el auditor manifiesta que la instancia de aprobación de la caracterización de las partes interesadas es el Comité de Responsabilidad Social, evidenciando la realización de esta actividad, mediante Acta de reunión con fecha 18 de junio de 2019.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Oportunidad de mejora	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva	Observación	0

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS	PROCESO AUDITADO	Explicación de <u>cómo la Entidad evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento *			EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	ID			PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?			
AC	DDE	4.3	83	EAO	Direccionamiento estratégico	El alcance del SG, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	No se ha verificado en algún comité o instancia, la revisión y aprobación del alcance del Sistema de Gestión de Calidad. Se está trabajando en el nuevo Manual del SIG que contemple toda la descripción de la Entidad, para posteriormente presentarlo para su aprobación en el Comité Institucional de Gestión y Despeño.	Se observa que la Entidad cuenta en el alcance del Sistema de Gestión con la descripción de sus procesos operativos, productos y servicios. No obstante, no cuenta con la descripción de las instalaciones físicas y ubicación geográfica. En la evaluación realizada no se pudo evidenciar la instancia y/o comité, donde se presente el alcance del Sistema de Gestión para su evaluación y aprobación.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Gestionar la actualización del alcance del SIG, que contemple todas las características de la Entidad, así como la presentación para su revisión y aprobación en el Comité Institucional de Gestión y Despeño.
IC	DIC	4.4	84	HMP	Gestión de Asuntos Legales	La unidad cuenta con el PINAR http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Plan%20Institucional%20de%20Archivos%20PINAR%20V1%2031.07.2018%282%29.doc y el proceso de Gestión Documental con 9 procedimientos donde se pueden verificar la forma de mantener y conservar la información documentada de los procesos PC-01_Gestion_Archivo_Central V3 PC-03_Desarrollo_Colecciones Centro_Documentacion V2 PC-04 Organización de Archivos de gestión_V1 PC-05_Limpieza_Depositos_de_Archivo_y_Documentos PC-06_Tablas_Retencion_Documental V4 PC-07_Bioseguridad_Manipulacion_Dtos V2 PC-11 Comunicaciones Enviadas V2 PC-12 Envío y distribución de comunicaciones oficiales V1 PC-13 Consulta y préstamo de documentos V1 http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=gestion_documental .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	SAL - La información se mantiene y conserva de acuerdo a lo establecido en el programa de Gestión Documental, a la Política de Gestión Documental en carpetas teniendo presente las Series y Subseries respectivas a la dependencia.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	
IC	DIC	4.4	84	JIP	Servicios Funerarios	La unidad cuenta con el PINAR, La Política de Gestión Documental http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Plan%20Institucional%20de%20Archivos%20PINAR%20V1%2031.07.2018%282%29.doc y el proceso de Gestión Documental con 9 procedimientos donde se pueden verificar la forma de mantener y conservar la información documentada de los procesos PC-01_Gestion_Archivo_Central V3 PC-03_Desarrollo_Colecciones Centro_Documentacion V2 PC-04 Organización de Archivos de gestión_V1 PC-05_Limpieza_Depositos_de_Archivo_y_Documentos PC-06_Tablas_Retencion_Documental V4 PC-07_Bioseguridad_Manipulacion_Dtos V2 PC-11 Comunicaciones Enviadas V2 PC-12 Envío y distribución de comunicaciones oficiales V1 PC-13 Consulta y préstamo de documentos V1 http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=gestion_documental .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Archivo Comités Primarios	La Información Documentada se mantiene y conserva de acuerdo a lo establecido a las políticas de Gestión Documental (en el cual está incluido el ORFEO). Las Carpetas creadas en Físico, una vez creadas deber ser entregadas en Archivo de Gestión Documental quien es la encargada de la Clasificación y agrupación de las series documentales para conformar y crear los expedientes físicos y virtuales.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	
IC	DIC	4.4	84	IDS	Gestión de las comunicaciones	La unidad cuenta con el PINAR y la Política de Gestión Documental que se observa en el Programa de Gestión Documental http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Plan%20Institucional%20de%20Archivos%20PINAR%20V1%2031.07.2018%282%29.doc y el proceso de Gestión Documental con 9 procedimientos donde se pueden verificar la forma de mantener y conservar la información documentada de los procesos PC-01_Gestion_Archivo_Central V3 PC-03_Desarrollo_Colecciones Centro_Documentacion V2 PC-04 Organización de Archivos de gestión_V1 PC-05_Limpieza_Depositos_de_Archivo_y_Documentos PC-06_Tablas_Retencion_Documental V4 PC-07_Bioseguridad_Manipulacion_Dtos V2 PC-11 Comunicaciones Enviadas V2 PC-12 Envío y distribución de comunicaciones oficiales V1 PC-13 Consulta y préstamo de documentos V1 http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=gestion_documental . http://www.uaesp.gov.co/images/Programa_Gestion_Documental.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	OACRI - La información se mantiene y conserva de acuerdo a lo establecido en el programa de Gestión Documental, a la Política de Gestión Documental en carpetas teniendo presente las Series y Subseries respectivas a la dependencia.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de <u>cómo la Entidad evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento *			EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)		TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE
MECI	MIPG	NTC ISO 9001				ID	PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algun Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?					
AC	DDE	5.2		EAO	Direccionamiento estratégico	85	La política del SG con la que cuenta actualmente la UAESP está acorde con los propósitos establecidos.	El política del SG de la Unidad, se ha determinado y está acorde con los propósitos establecidos. Se evidencia la descripción de la política del SG en el documento "Manual Operativo SIG - V9".	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	No se ha verificado en algún comité o instancia, la revisión y aprobación de la política del Sistema de Gestión de Calidad. Se está trabajando en el nuevo Manual del SIG que contemple la actualización de la política de acuerdo a los propósitos de la Unidad, para posteriormente presentarlo para su aprobación en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.	Se observa que la Entidad cuenta la política del Sistema de Gestión de acuerdo a lo propósitos establecidos. En la evaluación realizada no se pudo evidenciar la instancia y/o comité, donde se presente la política del Sistema de Gestión para su revisión y aprobación.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Gestionar la realización del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con el propósito de revisar y aprobar la Política del Sistema de Gestión, en el marco de la actualización del Nuevo Manual del SIG.	
AR	DDE	6.1		HMP	Gestión de Asuntos Legales	86	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SG logre los resultados esperados.	Se observan los riesgos de gestión o de procesos en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/#procesos-procedimientos . No se evidencia el abordaje de oportunidades.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	comité directivo de gestion	SAL - Se observa la formulación de riesgos de gestión y de corrupción los riesgos de gestión se pueden consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/riesgos/Mapa%20de%20Riesgos%20GIR.xlsm?73 y los riesgos de corrupción en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/1ER%20SEGUIMIENTO%20MAPA%20DE%20RIESGOS%20DE%20CORRUPCION%CC%81N%20-%20MRC%202020.xlsx , para la SRBL. El 16/10/2019, se observa en comité directivo de gestión, en el numeral 5 del acta el abordaje de riesgos y oportunidades de la unidad, donde se indica la aprobación de la política de gestión de riesgos de la unidad. No obstante no es claro el abordaje de oportunidades incumplido con el numeral 6.1 de la Norma ISO 9001:2015.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda verificar lo establecido en el numeral 6.1 de la Norma ISO 9001:2015 para establecer las acciones para abordar oportunidades.	
AR	DDE	6.1		JIP	Servicios Funerarios	86	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SG logre los resultados esperados.	Se observan los riesgos de gestión o de procesos en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/#procesos-procedimientos .	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	En los Comité Primario se realiza verificación del cumplimiento en la ejecución de los controles diseñados para los riesgos identificados.	Al verificar los soportes presentados como evidencias por parte del auditado, actas de Comité Primario fechadas 18/12/2019 y 05/11/2019, de la SSFAP, se observa en ellas el abordaje de los riesgos a los cuales son identificados en una matriz diseñada para tal fin y se les realiza el respectivo seguimiento y ejecución a los controles diseñados. La Norma ISO 9001:2015 establece en el literal b (... determinar y considerar los riesgos y oportunidades) del numeral 5.1.2 "Enfoque al cliente" con lo cual, la entidad debe demostrar liderazgo y compromiso respecto al enfoque al cliente, a fin de evitar una afectación no deseada a la conformidad de los productos y servicios y así, aumentar la capacidad de satisfacción del cliente. No se observó en los soportes presentados por el auditado, actividades relacionadas con el abordaje de oportunidades (determinarlas y considerarlas); es decir, documento en el cual se logre plasmar dicha actividad. De lo anterior no se evidenció que se lleve a cabo una actividad relacionada con el abordaje de las oportunidades, infringiendo un posible incumplimiento a lo establecido en la Norma ISO 9001:2015 en su Literal b del numeral 5.1.2 "Enfoque al Cliente", lo que podría reflejarse en una posible afectación a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Teniendo en cuenta que no fue posible evidenciar con claridad el abordaje de las oportunidades es necesario que se diseñe un documento en el que se formulen o indique acciones o actividades de cómo abordar las oportunidades a que hace referencia el literal b del numeral 5.1.2 "Enfoque al cliente" y al numeral 6.1. "Acciones para abordar riesgos y oportunidades" de la Norma ISO 9001:2015.	
AR	DDE	6.1		IDS	Gestión Integral de Residuos	86	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SG logre los resultados esperados.	Política de gestión de Riesgos donde se establece el Diseño de Controles. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Polm%CC%81tica%20de%20administracion%CC%81n%20de%20Riesgos%202024.5.19.doc Se observan los riesgos de gestión o de procesos en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/#procesos-procedimientos . No se evidencia el abordaje de oportunidades.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Directivo de Gestión	SRBL - Se observa la formulación de riesgos de gestión y de corrupción los riesgos de gestión se pueden consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/riesgos/Mapa%20de%20Riesgos%20GIR.xlsm?73 y los riesgos de corrupción en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/1ER%20SEGUIMIENTO%20MAPA%20DE%20RIESGOS%20DE%20CORRUPCION%CC%81N%20-%20MRC%202020.xlsx , para la SRBL. El 16/10/2019, se observa en comité directivo de gestión, en el numeral 5 del acta el abordaje de riesgos y oportunidades de la unidad, donde se indica la aprobación de la política de gestión de riesgos de la unidad. No obstante no es claro el abordaje de oportunidades incumplido con el numeral 6.1 de la Norma ISO 9001:2015.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda verificar lo establecido en el numeral 6.1 de la Norma ISO 9001:2015 para establecer las acciones para abordar oportunidades.	
AR	DDE	6.1		HMP	Gestión de Asuntos Legales	87	La Unidad ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.	Se observan los riesgos de gestión o de procesos en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/#procesos-procedimientos . No se evidencia el abordaje de oportunidades.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité directivo de gestion	SAL - El 16/10/2019, se observa en comité directivo de gestión, en el numeral 5 del acta el abordaje de riesgos y oportunidades de la unidad, donde se indica la aprobación de la política de gestión de riesgos de la unidad. No obstante no es claro el abordaje de oportunidades incumplido con el numeral 6.1 de la Norma ISO 9001:2015. Por otra Parte la OCI mediante informe de auditoría al SIG No 20191100062033 de fecha 09/10/2019, informo a los procesos la identificación de una observación en el numeral 3.6 de la observaciones, que no se identifica en forma clara un lineamiento para determinar, planificar y abordar oportunidades en la unidad.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda verificar lo establecido en el numeral 6.1 de la Norma ISO 9001:2015 para establecer las acciones para abordar oportunidades.	

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *			EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)		TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE
MECI	MIPG	NTC ISO 9001				ID	PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?					
AR	DDE	6.1		JIP	Servicios Funerarios	87	La Unidad ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.	Se observan los riesgos de gestión o de proceso en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/#procesos-procedimientos .	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	En los Comité Primario se realiza verificación del cumplimiento en la ejecución de los controles diseñados para los riesgos identificados.	Al verificar los soportes presentados como evidencias por parte del auditado, actas de Comité Primario fechadas 18/12/2019 y 05/11/2019, de la SSFAP, se observa en ellas el abordaje de los riesgos, los cuales son identificados en una matriz diseñada para tal fin y se les realiza el respectivo seguimiento y ejecución a los controles diseñados. La Norma ISO 9001:2015 establece en el numeral 6.1. "Acciones para abordar riesgos y oportunidades"; con lo cual, la entidad asegura que su SGC pueda lograr sus resultados previstos, que se aumenten los efectos deseados y reducir los efectos no deseados y así lograr la mejora. No se observó en los soportes presentados por el auditado, documentación relacionada con actividades que reflejen acciones para abordar oportunidades; es decir no están incluidas o integradas dentro de los procesos del SGC. En consecuencia, se infiere un posible incumplimiento a lo establecido el numeral 6.1. "Acciones para abordar riesgos y oportunidades" de la Norma ISO 9001:2015, lo que puede comprometer el logro de los resultados previstos por la entidad dentro de la Planificación del SGC.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Teniendo en cuenta que no fue posible evidenciar con claridad el abordaje de las oportunidades es necesario que se diseñe un documento en el que se formulen o indique acciones o actividades de cómo abordar las oportunidades a que hace referencia el literal b del numeral 5.1.2 "Enfoque al cliente" y al numeral 6.1. "Acciones para abordar riesgos y oportunidades" de la Norma ISO 9001:2015.	
AR	DDE	6.1		IDS	Gestión Integral de Residuos	87	La Unidad ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.	Se observan los riesgos de gestión o de proceso en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/#procesos-procedimientos . No se evidencia el abordaje de oportunidades.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Directivo de Gestión	SRBL - El 16/10/2019, se observa en comité directivo de gestión, en el numeral 5 del acta el abordaje de riesgos y oportunidades de la unidad, donde se indica la aprobación de la política de gestión de riesgos de la unidad. No obstante no es claro el abordaje de oportunidades incumplido con el numeral 6.1 de la Norma ISO 9001:2015. Por otra parte la DCI mediante informe de auditoría al SIG No 20191100062033 de fecha 09/10/2019, informa a los procesos la identificación de una observación en el numeral 3.6 de las observaciones, que no se identifica en forma clara un lineamiento para determinar, planificar y abordar oportunidades en la unidad.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda verificar lo establecido en el numeral 6.1 de la Norma ISO 9001:2015 para establecer las acciones para abordar oportunidades.	
Act.C	DGC	6.3		EAO	Direccionamiento estratégico	88	Existe un lineamiento definido para determinar la necesidad de cambios en el SG y la gestión de su implementación?	La Unidad no cuenta con un lineamiento específico definido para determinar la necesidad de cambios en el Sistema de Gestión. No obstante los cambios y modificaciones en el Sistema, se realizan de acuerdo a los lineamientos que se imparten en los procedimientos establecidos.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	No se ha verificado en algún comité o instancia, la necesidad de establecer lineamientos para determinar la necesidad de realizar cambios al Sistema de Gestión de la Entidad.	Realizando la verificación, se observa que la Entidad no cuenta con lineamientos específicos establecidos, para determinar la necesidad de realizar cambio al Sistema de Gestión. No obstante, se observa que mediante los lineamientos que establecen los procedimientos, se realizan los cambios y/o modificaciones al Sistema.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Realizar una revisión de los lineamientos y políticas, que permitan establecer la necesidad de determinar la necesidad de realizar cambio y actualización al Sistema de Gestión, en el marco del mejoramiento continuo.	
Act.C	DGC	7.1.6		HMP	Gestión del Talento humano	89	Ha determinado la UAESP los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.	Se observa el procedimiento GCN-PC-01 Gestión del Conocimiento V2 el cual está orientado a facilitar y fortalecer las competencias, prácticas, experiencias y nuevo conocimiento, que contribuyen y agregan valor al logro de los objetivos institucionales	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	Se observo en la pagina web de la Unidad el procedimiento Gestion del conocimiento donde en sus actividades relaciona y establece lineamiento y directrices para que se adquieran los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas. No se logro realizar verificación en actas de comité primario de la SAF todavez que no fueron cargadas segun requerimiento.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Dada a la falta de información suministrada por TH, no se logro concluir sobre el como Ha determinado la UAESP los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios para el 2020.	
M	DER	7.2		HMP	Gestión del Talento humano	90	Se han determinado acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia las acciones tomadas	Plan Institucional de Capacitación, para el cual se formulan anualmente los cronogramas de capacitación, mediante los cuales se busca fortalecer y desarrollar competencias en los Funcionarios. Respecto a la eficacia de las acciones tomadas, se cuenta con instrumentos como la evaluación del desempeño. Link de acceso a los planes de Talento Humano http://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	Se observa acta de reunion de comision de personal del 31-01-2020 donde se socializo el cronograma de bienestar y capacitacion 2019 y la presentacion del mismo para el 2020. Sin embargo no se evidencia cuales son los resultados de la eficacia las acciones tomadas.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Documentar los resultados de la evaluación de la eficacia las acciones tomadas frente a las determinaciones y/o acciones definidas para adquirir la competencia necesaria en el TH de la Unidad.	
Act.C	DTH	7.3		HMP	Gestión de Asuntos Legales	91	Existe lineamiento o mecanismos que faciliten validar la toma de conciencia referente a los aspectos del SG respecto de las personas que realizan el trabajo.	Se referencia la resolución 696 de 2017, la cual establece los comites tecnicos de la unidad y los roles asignados a cada uno. http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/files/Resolucion696-2017.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	SAL: Se evidencia las actas de comites primarios de septiembre a diciembre de 2019, enero, febrero, marzo 2020 donde se socializan lo relacionado con el MTO, para lo cual realizan la toma de conciencia en cuanto a los objetivos del SIG y la politica.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme		
Act.C	DTH	7.3		JIP	Servicios Funerarios	91	Existe lineamiento o mecanismos que faciliten validar la toma de conciencia referente a los aspectos del SG respecto de las personas que realizan el trabajo.	Se referencia la resolución 696 de 2017, la cual establece los comites tecnicos de la unidad y los roles asignados a cada uno. http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/files/Resolucion696-2017.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se referencia en las reuniones del Comité del Modelo de Transformación Organizacional.	Se aporta como evidencia, el acta del Comité del Modelo de Transformación Organizacional - MTO de 10/12/2019, en el cual se observa la importancia de dar cumplimiento a las cinco Dimensiones que contemplan el MTO.	3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme		

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO*		TIPO DE HALLAZGO		RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE																						
MECI	MIPG		NTC ISO 9001					¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algun Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?	(Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)																										
Act. C	DTH	DGVR	7.3	IDS	IDS	IDS	IDS	PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	Act. C	DDE	DGVR	8.1.4	Act. C	DER	DGVR	8.2.1	Act. C	DER	DGVR	8.2.1	Act. C	DER	DGVR	8.2.1	Act. C	DER	DGVR	8.2.1							
								94	Existe lineamiento o mecanismos que faciliten validar la toma de conciencia referente a los aspectos del SG respecto de las personas que realizan el trabajo.	Se referencia la resolución 696 de 2017, la cual establece los comites tecnicos de la unidad y los roles asignados a cada uno. http://www.uaesp.gov.co/mo-delto-transformacion-organizacional/files/Resolucion696-2017.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	OACRI - La Oficina Asesora de Comunicaciones y Reacciones interinstitucionales, mediante los comites primarios de septiembre a diciembre de 2019 y de enero a junio de 2020, tratan temas del MTO, para lo cual realizan la toma de conciencia en cuanto a los objetivos del SIG y la politica.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme																			
								94	La UAESP cuenta con lineamientos para controlar la compra de productos y servicios de forma de asegure la conformidad del SG SST SGA	La unidad, en el mapa de procesos del modelo de transformación organizacional del sistema integrado de gestión, proceso de gestión de talento humano UAESP cuenta con la versión 1 del procedimiento GTH-PC-14 - Identificación, comunicación, revisión y evaluación de los requisitos legales en el Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Igualmente se observa en el MTO el Plan Institucional de Gestion Ambiental	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	En el Proceso de Talento Humano, se evidencia en el procedimiento PC-14 Requisitos legales SSGST V1 actividades 2 y 4 se definen el punto de control para el desarrollo y cumplimiento es las actividades. Tambien la versión 1 del instructivo IN-03 - Fichas Azules, mediante el cual se definen los requisitos de seguridad y salud en el trabajo para los contratistas de la Unidad. asi mismo, el instructivo IN-01 - Fichas Verdes, mediante el cual, se da a conocer a los contratistas la importancia del Sistema de Gestión Ambiental	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme																			
								94	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.	La unidad cuenta con una encuesta publicada en la pagina web donde los usuarios solicitan información acerca de los servicios que presta la unidad http://www.uaesp.gov.co/content/datos-o-informacion-te-interesa-conocer-la-uaesp Así mismo los usuarios pueden realizar o interponer quejas en link pqrs http://www.uaesp.gov.co/content/crear-pqrdpublicado en la unidad o via correo electronico a tarves del correo uaesp@uaesp.gov.co y llamadas telefonicas a traves del numero 3580400. Por otra parte se puede observar en el SIG el proceso de Servicio al ciudadano con siguientes procedimientos PC-01 Procedimiento Servicio al Ciudadano V7 PC-02 Medición de la satisfacción de los servicios V2 PC-05 Atención a Derechos de Petición y PQRS V6.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	En la pagina web de la Unidad se observa una encuesta ¿Qué datos o información te interesa conocer de la UAESP? a cerca de los servicios que presta la Unidad. La encuesta se puede observar en el siguiente link http://www.uaesp.gov.co/content/datos-o-informacion-te-interesa-conocer-la-uaesp .	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme																			
								94	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.	La unidad cuenta con una encuesta publicada en la pagina web donde los usuarios solicitan información acerca de los servicios que presta la unidad http://www.uaesp.gov.co/content/datos-o-informacion-te-interesa-conocer-la-uaesp , http://www.uaesp.gov.co/content/encuesta-percepcion-ciudadana Así mismo los usuarios pueden realizar o interponer quejas en link pqrs http://www.uaesp.gov.co/content/crear-pqrdpublicado en la unidad o via correo electronico a tarves del correo uaesp@uaesp.gov.co y llamadas telefonicas a traves del numero 3580400. Por otra parte se puede observar en el SIG el proceso de Servicio al ciudadano con siguientes procedimientos PC-01 Procedimiento Servicio al Ciudadano V7 PC-02 Medición de la satisfacción de los servicios V2 PC-05 Atención a Derechos de Petición y PQRS V6. De otro lado se cuenta en la página con el link http://www.uaesp.gov.co/content/participacion-y-control-social#	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Informes de Atención al ciudadano Ver documento con el informe de resultados de la rendición de cuentas 2019.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme																				
								94	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.	La unidad cuenta con una encuesta publicada en la pagina web donde los usuarios solicitan información acerca de los servicios que presta la unidad http://www.uaesp.gov.co/content/datos-o-informacion-te-interesa-conocer-la-uaesp Así mismo los usuarios pueden realizar o interponer quejas en link pqrs http://www.uaesp.gov.co/content/crear-pqrdpublicado en la unidad o via correo electronico a tarves del correo uaesp@uaesp.gov.co y llamadas telefonicas a traves del numero 3580400. Por otra parte se puede observar en el SIG el proceso de Servicio al ciudadano con los siguientes procedimientos PC-01 Procedimiento Servicio al Ciudadano V7 PC-02 Medición de la satisfacción de los servicios V2 PC-05 Atención a Derechos de Petición y PQRS V6.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	SRBL - En las actas de comité primario de septiembre a diciembre de 2019 y de enero a abril de 2020, se observa que se realiza retroalimentación para el tratamiento de orfeos, en los cuales se incluye la gestión de las PQRS, que se asignan a la SRBL. En cuanto a la retroalimentación de los clientes de los productos y servicios, en la pagina web de la Unidad se observa una encuesta ¿Qué datos o información te interesa conocer de la UAESP? a cerca de los servicios que presta la Unidad. La encuesta se puede observar en el siguiente link http://www.uaesp.gov.co/content/datos-o-informacion-te-interesa-conocer-la-uaesp . En informe final de auditoria al SIG No. No 2019110062033 de fecha 09/10/2019, el proceso de servicio al ciudadano informa que el registro de entrada de PQRS por los diferentes medios se puede observar en los informes remitidos a la veeduría y que los canales de recepción de PQRS son Presencial Av. Caracas No. 53-80, Telefoncino 3580400 extensiones 1527, 1549, 1529, 1544 y 1567 y en el siguiente enlace publicado en la pagina web de la unidad http://www.uaesp.gov.co/content/crear-pqrd .	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	3	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme																			

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *			EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)		TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE
MECI	MIPG	NTC ISO 9001				ID	PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?					
Act. C	DGVR	DER	8.2.3	JIP	Servicios Funerarios	94	La UAESP se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.	Plan Maestro Decreto 313 de 2006 "Por el cual se adopta el Plan Maestro de Cementerios y Servicios Funerarios para la ciudad de Bogotá -PMCSF- y se dictan otras disposiciones" Cumplimiento de Metas PDDB Proceso de gestión de Comunicaciones ubicado en el link: http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=estrategicos_comunicaciones	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Anteproyecto presupuestal 2020. Actas de Comité Primario.	El Plan Maestro finalizó en la vigencia de 2019 diciembre en el componente Estratégico (Metas Programas y Proyectos) y continúa en el componente de infraestructura para la vigencia 2020. En los Comité Primario de los meses noviembre (llevar a cabo el 20/12/2019), diciembre (20/12/2019), abril (27/05/2020) se observa que se realizó el seguimiento a componentes que forman parte del Decreto 313 de 2006. Lo anterior evidencia el cumplimiento que tiene en la entidad frente a los mecanismos que permiten dar a conocer los objetivos y metas estratégicas a todo el personal.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0	
M	DGVR	DER	8.2.3	JIP	Servicios Funerarios	95	La UAESP revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.	Procedimientos. Instructivo de Servicios Funerarios (http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=dimensionales_funerarios). Contrato de Fiducia Vigente (el que soporta el programa)	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Informes mensuales de Supervisión y Control contemplados dentro de Proceso. Formato SFU- FM- 02 V8.	De acuerdo a lo manifestado por el auditado, los requisitos del cliente (usuarios), se revisan y aplican a la luz del Decreto 313 de 2006. En los Comité Primario de los meses noviembre (llevar a cabo el 20/12/2019), diciembre (20/12/2019), se observa, en el punto 10. "Servicios Funerarios" que se realiza un seguimiento a las solicitudes de los usuarios (clientes); es decir la demanda de subsidios, gestión de solicitudes, tiempo de respuesta, caracterización de autorizaciones por servicio, caracterización de solicitudes por género, es decir, medidas posteriores la acceso del servicio.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Docuemntar controles que permitan validar - revisar el cumplimiento de los requisitos del cliente (usuarios) determinadas como pertinentes por el Sistema, antes de comprometerse a suministrar los servicios a estos.	
Act. C	DGVR	DER	8.2.3	JIP	Servicios Funerarios	96	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.	Plan Maestro Decreto 313 de 2006 "Por el cual se adopta el Plan Maestro de Cementerios y Servicios Funerarios para la ciudad de Bogotá -PMCSF- y se dictan otras disposiciones"	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Informes mensuales de Supervisión y Control contemplados dentro de Proceso. Formato SFU- FM- 02 V8.	En los Comité Primario de los meses noviembre (llevar a cabo el 20/12/2019), diciembre (20/12/2019), se observa, en el punto 10. "Servicios Funerarios" que se realiza un seguimiento a las solicitudes de los usuarios (clientes); es decir la demanda de subsidios, gestión de solicitudes, tiempo de respuesta, caracterización de autorizaciones por servicio, caracterización de solicitudes por género, lo cual se puede interpretar como la confirmación de los requisitos del cliente (usuarios) antes de su aceptación por parte de estos. Dado lo anterior, se infiere un cumplimiento a lo estipulado en el numeral 8.2.3.1. de la Norma ISO 9001:2015.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	0	
Act. C	DGVR	DTH	8.2.4	JIP	Servicios Funerarios	97	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	Plan Maestro Decreto 313 de 2006 "Por el cual se adopta el Plan Maestro de Cementerios y Servicios Funerarios para la ciudad de Bogotá -PMCSF- y se dictan otras disposiciones" en el componente de Infraestructura	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Informes Mensuales de Supervisión y Control Reuniones del Comité Primario.	Al verificar los soportes entregados por el auditado, Informes Mensuales de Supervisión y Control de los meses de enero a marzo de 2020, se observa seguimiento a los productos y servicios que se ofrecen desde el proceso. En lo que se refiere a la información consignada en las Actas de Comité Primario, lo que se observa es una relación de procesos o actividades encaminadas al mantenimiento y mejora de las instalaciones, por ejemplo, de los Cementerios propiedad del Distrito, cambios que pueden impactar en mejorar la calidad de los servicios y productos ofrecidos por el proceso. No obstante, no aprecia que se tenga en cuenta o analicen los cambios en los requisitos para los productos y servicios y que las personas pertinentes puedan ser conscientes de ello. Por lo anterior, no fue posible establecer con claridad que se aborde la posibilidad de realizar cambios en los requisitos para los productos y servicios y que las personas sean conscientes de ello, de conformidad con el numeral 8.2.4 de la Norma ISO 9001:2015.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se hace necesario establecer actividades documentadas con las que se logre analizar posibles cambios en los productos y servicios que se ofrecen y concientizar a las partes interesadas de ello.	
Act. C	DGVR	DER	8.3.1	IDS	Gestión Integral de Residuos	98	Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios.	La SRBL cuenta con la cadena de valor del proceso de Gestión de Residuos sólidos la cual se puede consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/images/cadenas_valor_uaesp/gestionresiduos.xlsx7799 . En la Cadena de valor se puede observar la planeación del servicio que tiene como resultado el modelo de la prestación del servicio. No obstante no se evidencia un proceso o procedimiento de diseño y desarrollo de productos y servicios.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario Comité Directivo	En las actas de septiembre a diciembre de 2019 del comité primario no se evidencia el tratamiento del Diseño y desarrollo para el proceso de gestión de residuos sólidos para la línea de Recolección, Barrido y Limieza. No obstante se observa la cadena de valor del proceso donde se pueden identificar los productos, los grupos de interés y resultados. Lo anterior incumpliendo con lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, donde la unidad debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, para que establezca, implemente y mantenga un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	
Act. C	DGVR	DER	8.3.2	IDS	Gestión Integral de Residuos	99	La UAESP determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.	La SRBL cuenta con la cadena de valor del proceso de Gestión de Residuos sólidos la cual se puede consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/images/cadenas_valor_uaesp/gestionresiduos.xlsx7799 . En la Cadena de valor se puede observar la planeación del servicio que tiene como resultado el modelo de la prestación del servicio. No obstante no se evidencia un proceso o procedimiento de diseño y desarrollo de productos y servicios.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario Comité Directivo	En las actas de septiembre a diciembre de 2019 del comité primario no se evidencia el tratamiento del Diseño y desarrollo para el proceso de gestión de residuos sólidos para la línea de Recolección, Barrido y Limieza. No obstante se observa la cadena de valor del proceso donde se pueden identificar los productos, los grupos de interés y resultados. Lo anterior incumpliendo con lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, donde la unidad debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, para que establezca, implemente y mantenga un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	
Act. C	DGVR	DER	8.3.3	IDS	Gestión Integral de Residuos	100	Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios.	La SRBL cuenta con la cadena de valor del proceso de Gestión de Residuos sólidos la cual se puede consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/mo-del-modelo-transformacion-organizacional/images/cadenas_valor_uaesp/gestionresiduos.xlsx7799 . En la Cadena de valor se puede observar la planeación del servicio que tiene como resultado el modelo de la prestación del servicio. No obstante no se evidencia un proceso o procedimiento de diseño y desarrollo de productos y servicios.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario Comité Directivo	En las actas de septiembre a diciembre de 2019 del comité primario en el acta del 16/10/2019 Comité Directivo no se evidencia el tratamiento del Diseño y desarrollo para el proceso de gestión de residuos sólidos para la línea de Recolección, Barrido y Limieza. No obstante se observa la cadena de valor del proceso donde se pueden identificar los productos, los grupos de interés y resultados. Lo anterior incumpliendo con lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, donde la unidad debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, para que establezca, implemente y mantenga un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de <u>cómo la Entidad evidencia</u> que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE			
MECI	MIPG	NTC ISO 9001	Act. C	DGVR	DER	8.3.4	PREGUNTAS		Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)				Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?	
			Act. C	DGVR	DER	8.3.4	101	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.	La SRBL cuenta la mapa de riesgos de gestión donde se formularon los controles para realizar seguimiento a la está de Planeación http://www.uaesp.gov.co/mo-del0-transformacion-organizacional/documentos/riesgos/MapaRiesgos2020Riesgos2020GIR.xlsm?756 , No obstante no se evidencia un proceso o procedimiento de diseño y desarrollo de productos y servicios para aplicar controles. No obstante no se evidencia un proceso o procedimiento de diseño y desarrollo de productos y servicios.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario Comité Directivo	En las actas de septiembre a diciembre de 2019 del comité primario y en el acta del 16/10/2019 Comité Directivo no se evidencia el tratamiento del Diseño y desarrollo para el proceso de gestión de residuos sólidos para la línea de Recolección, Barrido y Limpieza. No obstante se observa la cadena de valor del proceso donde se pueden identificar los productos, los grupos de interés y resultados. Lo anterior incumpliendo con lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, donde la unidad debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, para que establezca, implemente y mantenga un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.
			IC	DIC	-	8.3.5	102	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.	Si se conserva de acuerdo a lo establecido en el proceso de Gestión documental PC-06_Tablas_Retencion_Documental V4 http://www.uaesp.gov.co/mo-del0-transformacion-organizacional/documentos/gestion_documental/editables/PC-06_Tablas_Retencion_Documental%20V4.doc No obstante no se evidencia un proceso o procedimiento de diseño y desarrollo de productos y servicios.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario Comité Directivo	En las actas de septiembre a diciembre de 2019 del comité primario y en el acta del 16/10/2019 Comité Directivo no se evidencia el tratamiento del Diseño y desarrollo para el proceso de gestión de residuos sólidos para la línea de Recolección, Barrido y Limpieza. No obstante se observa la cadena de valor del proceso donde se pueden identificar los productos, los grupos de interés y resultados. Lo anterior incumpliendo con lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, donde la unidad debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, para que establezca, implemente y mantenga un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.
			Act. C	DGVR	DER	8.3.6	103	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios	La SRBL realiza los cambios de acuerdo a con Informes de interventoría donde se indentifican la necesidad de ajustar el modelo. GIR-PC-06 Supervisión y control de la gestión de residuos sólidos V1 http://www.uaesp.gov.co/mo-del0-transformacion-organizacional/documentos/gestionresiduos/editables/PC-06%20Supervision%20y%20Control%20de%20la%20gestion%20de%20Residuos%20Sólidos%20V1.doc , también se observa el formato Plan de Supervisión y control GIR-FM-08 Plan de supervisión y control V1, donde se observa la actividad de revisión de informes de interventoría. http://www.uaesp.gov.co/mo-del0-transformacion-organizacional/documentos/gestionresiduos/editables/FM-08%20Plan%20de%20supervision%20y%20control%20V1.xls No obstante no se evidencia un proceso o procedimiento de diseño y desarrollo de productos y servicios.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario Comité Directivo	En las actas de septiembre a diciembre de 2019 del comité primario y en el acta del 16/10/2019 Comité Directivo no se evidencia el tratamiento del Diseño y desarrollo para el proceso de gestión de residuos sólidos para la línea de Recolección, Barrido y Limpieza. No obstante se observa la cadena de valor del proceso donde se pueden identificar los productos, los grupos de interés y resultados. Lo anterior incumpliendo con lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, donde la unidad debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.3 Diseño y desarrollo de la Norma ISO 9001:2015, para que establezca, implemente y mantenga un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.
			M	DER	DCI	8.7	104	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.	La Unidad cuenta con el procedimiento PC-01 Control de las salidas no conformes V5 publicado en el SIG http://www.uaesp.gov.co/mo-del0-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/PC-01%20Control%20de%20las%20salidas%20no%20conformes%20V5.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Para el proceso Subdirección de Servicios Funerarios y de Alumbrado Público se cuentan con los Formatos: Informe Mensual de Supervisión y Control SFU - FM - 02 V08 para Servicios Funerarios y para Alumbrado Público, ALP-FM-06 V 08.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme		
			M	DER	DCI	8.7	104	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.	La Unidad cuenta con el procedimiento PC-01 Control de las salidas no conformes V5 publicado en el SIG http://www.uaesp.gov.co/mo-del0-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/PC-01%20Control%20de%20las%20salidas%20no%20conformes%20V5.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Directivo de Gestión	SRBL - El 16/10/2019, se observa en comité directivo de gestión, en el numeral 3.3 del acta el abordaje del desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios. No obstante en el informe final de auditoría al SIG No. No 20191100062033 de fecha 09/10/2019, se identificó la observación 3.2 Documentación de servicios ofertados como no conformes, sin registros de salidas a los productos o servicios no conformes y no se observa un formato donde se pueda evidenciar esta actividad. Lo anterior incumpliendo lo establecido en el numeral 8.7 de la Norma ISO 9001:2015, observando que la SRBL no está asegurando que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifiquen y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda verificar lo establecido en el numeral 8.7 de la Norma ISO 9001:2015 para establecer las acciones para asegurar que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifiquen y se controlen para prevenir su uso o entrega no intencionada.
			M	DER	DCI	8.7	104	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.	La Unidad cuenta con el procedimiento PC-01 Control de las salidas no conformes V5 publicado en el SIG http://www.uaesp.gov.co/mo-del0-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/PC-01%20Control%20de%20las%20salidas%20no%20conformes%20V5.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	SAL - se observa que en las actas de comités primarios enero a marzo 2020 El proceso de Gestión de Asuntos Legales realiza el tratamiento y la toma de acciones en cuanto a las no conformidades que son descritas en los informes de auditoría. el proceso Evaluación y mejora mediante los procedimientos: PC-02 Medición de la satisfacción de los servicios de la UAESP V2 PC-03 PM Accreditivas preventivas y de mejora V9 PC-04 Auditorías Internas V12	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *	EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACION ES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE	
MECI	MIPG	NTC ISO 9001					PREGUNTAS		Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)				Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)
M	DER	DCI	8.7	8.6	JIP	Servicios Funerarios	105	La Unidad cuenta con el procedimiento PC-01 Control de las salidas no conformes V5 publicado en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modele-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/PC-01%20Control%20de%20las%20salidas%20no%20conformes%20V5.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité transformación organizacional Comités primarios Para el proceso Subdirección de Servicios Funerarios y de Alumbrado Público se cuentan con los Formatos: Informe Mensual de Supervisión y Control SFU - FM - 02 V08 para Servicios Funerarios y para Alumbrado Público, ALP-FM-06 V 08.	Verificando los informes de los meses de enero, febrero y marzo de 2020, se observa que para el ítem "Seguimiento al Producto no Conforme" y relacionados con: 1 - Incumplimiento de los Requisitos Legales o contractuales. 2 - Las quejas y reclamo de los usuarios que impliquen incumplimientos legales de prestación del servicio funerario acorde con lineamientos técnicos y operativos, no se presentaron Productos No Conformes. De igual manera para el proceso de Alumbrado Público, se cuenta con el formato ALP-FM-06 V 08 y para el cual tampoco se identificaron o presentaron Producto No Conforme.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	
M	DER	DCI	8.7	8.6	IDS	Gestión Integral de Residuos	105	La Unidad cuenta con el procedimiento PC-01 Control de las salidas no conformes V5 publicado en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modele-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/PC-01%20Control%20de%20las%20salidas%20no%20conformes%20V5.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Directivo de Gestión	SRBL - El 16/10/2019, se observa en comité directivo de gestión, en el numeral 3.3 del acta el abordaje de El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios. No obstante no se observa un formato donde se pueda evidenciar esta actividad. Lo anterior incumpliendo lo establecido en el numeral 8.7 y 8.7.1 de la Norma ISO 9001:2015, observando que la SRBL no toma acciones adecuadas para verificar la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Se recomienda verificar lo establecido en el numeral 8.7 y 8.7.1 de la Norma ISO 9001:2015 para establecer las acciones para verificar la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.
M	DER	DCI	8.7	8.6	HMP	Gestión de Asuntos Legales	105	La Unidad cuenta con el procedimiento PC-01 Control de las salidas no conformes V5 publicado en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modele-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/PC-01%20Control%20de%20las%20salidas%20no%20conformes%20V5.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	SAL - se observa que en las actas de comités primarios enero a marzo 2020 El proceso de Gestión de Asuntos Legales realiza el tratamiento y la toma de acciones en cuanto a las no conformidades que son descritas en los informes de auditoría. Posteriormente el proceso de evaluación y mejora efectúa el seguimiento a las acciones que fueron tomadas y verifica para cerrarlas y son plasmadas en los siguientes procedimientos: PC-02 Medición de la satisfacción de los servicios de la UAESP V2 PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9 PC-04 Auditorías Internas V12	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	
M	DER	DCI	8.7	-	EAO	Direccionamiento estratégico	106	La Unidad cuenta con un procedimiento "PC-01 Control de las salidas no conformes V5", para el tratamiento de las salidas no conforme.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el comité Directivo de la revisión por la Alta Dirección, mediante acta de reunión con fecha 16 de octubre de 2019, se realizó la revisión y seguimiento a las salidas "No conforme", Donde la Oficina Asesora de Planeación asesoró a los procesos misionales en la identificación de los requisitos y criterios de cumplimiento para la actualización de las salidas no conforme.	Se observa que la entidad cuenta con procedimiento establecido y documentado para el tratamiento de las salidas no conforme. Adicionalmente en el Comité de revisión por la Alta Dirección del SGC, se realiza la revisión y estado de las salidas "no conforme", como se evidencia en el acta de reunión con fecha 16 de octubre de 2019. Importante se documente salidas no conformes de los servicios que se garantiza con la prestación, coordinación, supervisión y control de los servicios de recolección, transporte, disposición final, reciclaje y aprovechamiento de residuos sólidos, la limpieza de vías y áreas públicas; los servicios funerarios en la infraestructura del Distrito y del servicio de alumbrado público	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Se recomienda realizar un seguimiento periódico al tratamiento de las salidas no conforme, con el propósito de detectar a tiempo la problemáticas, y así darle el tratamiento efectivo, en el marco del Sistema Integrado de Gestión, con especial atención y relación con la garantía que hace la UAESP frente a la prestación, coordinación, supervisión y control de los servicios de recolección, transporte, disposición final, reciclaje y aprovechamiento de residuos sólidos, la limpieza de vías y áreas públicas; los servicios funerarios en la infraestructura del Distrito y del servicio de alumbrado público
IC	DER	DCI	8.7	7.5.3	EAO	Direccionamiento estratégico	107	La unidad tiene establecido el procedimiento "PC-03 PM Acciones correctivas preventivas y de mejora V9". Mediante los formatos FM-04 Plan de mejoramiento institucional-Por procesos, proyectos y dependencias V11, y FM-12 Plan de mejoramiento institucional-Contraloría de Bogotá V1, se documenta la información y descripción de las no conformidades, acciones tomadas y responsable asignado, producto de los ejercicios de auditoría interno y externo.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Mediante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, y el Comité Directivo de la revisión por la Alta Dirección, se realiza el seguimiento y control a las no conformidades y las acciones tomadas para subsanarlas. Acta de reunión CICC No. 1 con fecha 24 de enero de 2020, y Acta de reunión Revisión por la Alta Dirección con fecha 16 de octubre de 2019	Realizando la verificación, se observa que la Unidad conserva la información documentada de las no conformidades encontradas, y las acciones tomadas, producto de las auditorías y evaluaciones internas y externas realizadas durante la vigencia. Así mismo mediante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, y el Comité Directivo de la revisión por la Alta Dirección, se realiza el seguimiento a las no conformidades y a las acciones tomadas para subsanarlas. No obstante, no se evidencian otras fuentes diferentes a las auditorías internas.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Documentar las no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas y la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad, respecto de otras fuentes analizadas por la Entidad.
Act. C	DGVR	DER	9.1.2	-	EAO	Direccionamiento estratégico	108	En la presente vigencia la Unidad no ha realizado ejercicios de medición de percepción de los clientes y grado de satisfacción y expectativas. De igual en el procedimiento "Medición de la satisfacción de los servicios de la UAESP "ECM-PC-02_V2" establece; "Nota: "las mediciones se deben realizar por lo menos una vez al año". No obstante la situación de emergencia sanitaria decretada por el gobierno a partir del 19/03/2020, se ha presentado como una limitación para llevar a cabo el cumplimiento de esta actividad.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Mediante el Comité Directivo de la revisión por la Alta Dirección, evidenciando en acta de reunión con fecha 16 de octubre de 2019, se realizó el seguimiento a las percepciones de los clientes y la medición de satisfacción de los servicios de la Unidad.	Se observa que la Unidad, realiza ejercicios de percepción de los clientes y medición de la satisfacción de los servicios, evidenciando su seguimiento y resultados obtenidos en la Revisión por la Alta Dirección correspondiente a la vigencia 2019. Se observa que la Unidad está adelantando el proceso para la realización de la medición de la percepción y satisfacción del cliente en la vigencia 2020.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Oportunidad de mejora	Conforme	Adelantar las actividades en responsabilidad de las Dependencias correspondientes, para adelantar el proceso de medición de la percepción y de satisfacción de los servicios de los clientes, correspondiente a la vigencia 2020.

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN				AUDITORES INTERNOS		PROCESO AUDITADO		Explicación de <u>cómo</u> la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *			EVIDENCIA DEL CONTROL *			RESULTADO* (Basado en Instrumento de Evaluación SCI del DAFP)		TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE
MECI	MIPG	NTC ISO 9001				ID	PREGUNTAS	Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algun Comité/Instancia? (Acta, tema y desarrollo)	Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?					
Act. C	DGVR	DER	9.1.2	4.4	EAO	109	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.	El ejercicio de medición de la satisfacción de los servicios de las Unidad, se realiza de manera conjunta entre la OAP y las Dependencias Misionales. Por lo cual se establecen mesas de trabajo para trabajar en la formulación y determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información de los grupos de interés. Se evidencia la gestión realizada en la Encuesta de satisfacción vigencia 2019.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Mediante el Comité Directivo de la revisión por la Alta Dirección, evidenciado en acta de reunión con fecha 16 de octubre de 2019, se realizó el seguimiento a las percepciones de los clientes y la medición de satisfacción de los servicios de la Unidad.	Se observó y se identificó la gestión realizada de las partes involucradas, para la estructuración y los resultados de la Encuesta de satisfacción del cliente correspondiente a la vigencia 2019. Así mismo se evidencia gestión por parte del proceso de Direccionamiento Estratégico con el área de Servicio al ciudadano, para la estructuración de la encuesta de la vigencia 2020.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	Se recomienda fortalecer la etapa de estructuración, selección del método y revisión de los resultados de la medición de la satisfacción, involucrando a la Alta Dirección en el proceso.	
Act. C	DER	DCI	9.1.3		EAO	110	La UAESP analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.	La Unidad realiza la tabulación, el análisis y evaluación de los resultados de la medición. Se evidencia documento con el "Informe de medición de la satisfacción de los servicios de la UAESP del mes de diciembre de 2019.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Mediante el Comité Directivo de la revisión por la Alta Dirección, evidenciado en acta de reunión con fecha 16 de octubre de 2019, se realizó el seguimiento a las percepciones de los clientes y la medición de satisfacción de los servicios de la Unidad.	Realizando la Verificación, se observa que la Unidad analiza, evalúa los datos, y la información que surge la medición y seguimiento. Como resultado se evidencia el Informe de la medición de la satisfacción realizado en el mes de diciembre de 2019. Así mismo se observa que en la Revisión por la Alta Dirección, se presentan los resultados de la medición.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	Se recomienda fortalecer los ejercicios de medición de la percepción y satisfacción, con base a los resultados y lecciones aprendidas de los ejercicios anteriores.	
M	DGVR	DER	10.3	9.1.3	IDS	111	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.	El proceso de evaluación y mejora cuenta con el procedimiento PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-03%20PM%20Acorrectivas%20preventivas%20y%20de%20mejora%20V9.doc , en la actividad No. 10 nos indica que debemos realizar seguimiento y cierre de las acciones formuladas.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	Se observa seguimiento a las acciones de los planes de mejoramiento de la contraloría de bogota, la contraloría general de la república y el plan de mejoramiento de gestión, donde la OCI mide la efectividad de las evidencias para recomendar el cierre ante los entes de control y para cerra las acciones del plan de mejoramiento interno.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme		

Convenciones Auditores Internos	
HMP	HAROLD MARCEL PUNTES
IDS	IVAN DARIO SIERRA
JIP	JOSE IGNACIO PINZON
EAO	EDGAR ANDRES ORTIZ

Convenciones MECI	
AC	Ambiente de Control
AR	Administración de Riesgos
Act. C	Actividades de Control
IC	Información y Control
M	Actividades de Monitoreo

Convenciones MIPG	
DTH	Talento Humano
DDE	Direccionamiento Estratégico
DGVR	Gestión con Valores para Resultados
DER	Evaluación de Resultados
DIC	Información y Comunicación
DGC	Gestión del conocimiento y la innovación
DCI	Control Interno

EVALUACIÓN		CATEGORIAS	
"Presente"	Se referencia el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta.	1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.	
	Nota: Entiendase "diseñada" como aquella actividad que cuenta con un responsable(s), periodicidad (cada cuanto se realiza), propósito (objetivo), cómo se lleva a cabo (procedimiento), qué pasa con las desviaciones y/o excepciones (producto de su ejecución) y cuenta con evidencia (documentación).	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	
"Funcionando"		3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	
	Se basará de acuerdo con los ítems y basado en los resultados reportados por la Oficina de Control Interno	1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	
		2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	
		3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	

Clasificación	Descripción	Observaciones del Control
Mantenimiento del Control	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 3 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funciona correctamente, por lo tanto se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.
Oportunidad de Mejora	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 3 (funcionando).	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere mejoras frente a su diseño, ya que opera de manera efectiva
Deficiencia de Control (Diseño o Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 2 (presente) y 2 (funcionando); 3 (presente) y 1 (funcionando); 3 (presente) y 2 (funcionando); 2 (presente) y 1 (funcionando)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.
Deficiencia de Control Mayor (Diseño y Ejecución)	Cuando en el análisis de los requerimientos en los diferentes componentes del MECI se cuente con aspectos evaluados en nivel 1 (presente) y 1 (funcionando); 1 (presente) y 2 (funcionando); 1(presente) y 3 (funcionando).	No se encuentra presente por lo tanto no esta funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha

- FUENTE:**
- Se basó en los lineamientos de DAFP, respecto al Formato informe Sistema de Control Interno parametrizado, ver link: <https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/36216034/Formato-informe-sci-parametrizado-final.rar/a03f3d25-bb51-20c8-1eee-dff74c1c07c?e=1588201893877>
 - Resultados Auditoría al Sistema Integrado de Gestión en la UAESP, 2019.
 - Manual Operativo MIPG, Versión 3 Departamento Administrativo de la Función Pública.
 - NTC ISO 9001:2015

Consolidó: Andres Pabon S, Jefe Oficina Control Interno

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Identificar las necesidades de sus procesos de gestión del conocimiento y la innovación a través de actividades tales como: recopilar información sobre el conocimiento que requieren sus dependencias.
2	Fortalecer el conocimiento del talento humano desde su propio capital intelectual como acción de enseñanza-aprendizaje.
3	Diseñar y ejecutar actividades en entornos que permitan enseñar-aprender desde varios enfoques.
4	Fomentar la transferencia del conocimiento hacia adentro y hacia afuera de la entidad.
5	Incorporar las situaciones de discapacidad de los servidores dentro de la planeación del talento humano.
6	Incorporar la actualización de la información en el SIGEP como actividad dentro la planeación del talento humano en la entidad.
7	Incorporar actividades relacionadas con el Programa de desvinculación asistida por otras causales dentro de la planeación del talento humano en la entidad.
8	Dar cumplimiento a lo establecido en la ley 1780 de 2016, de no exigir como requisito la experiencia laboral, por lo menos al 10% de los empleos del nivel profesional de la planta creados desde mayo de dicho año.
9	Aplicar las pruebas necesarias para garantizar la idoneidad de los candidatos en la selección de un gerente público o de un empleo de libre nombramiento y remoción. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
10	Llevar a cabo la inducción para los servidores nuevos en el menor tiempo, en lo posible, en el primer mes contado a partir de la posesión.
11	Desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre el código de integridad, con el fin de guiar el actuar de los servidores públicos.
12	Desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre política de servicio al ciudadano.
13	Desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre seguridad digital.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
14	Identificar y documentar las razones del retiro de los servidores que se van de la entidad.
15	Analizar las causas del retiro de los servidores de salen de la entidad, con el fin de implementar acciones de mejora en la gestión del talento humano.
16	Propiciar y promover un plan de retiro, con el fin de facilitar las condiciones para la adecuación a la nueva etapa de vida con respecto a los servidores que se retiran.
17	Implementar mecanismos suficientes y adecuados para transferir el conocimiento de las personas que se retiran a quienes continúan vinculados.
18	Implementar un protocolo para atender los casos de acoso laboral y sexual.
19	Implementar diferentes mecanismos para llevar a cabo los procesos de selección meritocracia de los gerentes públicos y de los cargos de libre nombramiento y remoción. Como mínimo, la entidad debe emplear el área de talento humano propia o podrá solicitar apoyo del grupo de meritocracia de Función Pública.
20	Implementar en la entidad la estrategia de las salas amigas de la familia lactante, en cumplimiento de la ley 1823 de 2017.
21	Someter a concurso de mérito todos los empleos de carrera administrativa de otros niveles jerárquicos, que se encuentren en vacancia definitiva.
22	Implementar en la entidad procesos meritocráticos para vincular los servidores en los cargos de Libre nombramiento y remoción.
23	Implementar en la entidad procesos meritocráticos para vincular los servidores en los cargos provisionales.
24	Implementar en la entidad procesos meritocráticos para vincular los servidores en los cargos de planta temporal.
25	Implementar procesos de inducción a los gerentes públicos que contemple al menos dos de los siguientes canales: de manera virtual, presencial con la ESAP o en forma directa con la entidad.
26	Someter a concurso de mérito todos los empleos de carrera administrativa del nivel asesor, que se encuentren en vacancia definitiva.
27	Cualificar la estrategia de participación ciudadana de la entidad mediante la capacitación de sus servidores públicos en temas de participación ciudadana.
28	Establecer incentivos especiales para el personal de servicio al ciudadano, de acuerdo con lo previsto en el marco normativo vigente (Decreto 1567 de 1998, Ley 909 de 2004, Decreto 894 de 2017) y otros estímulos para quienes se encuentren con distinto tipo de vinculación (provisionales, contratistas, etc.) en la entidad.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Fomentar desde la Alta Dirección espacios de participación para todo el personal, para armonizar los valores del servicio público con los códigos de ética institucional, implementar jornadas de difusión y herramientas pedagógicas para desarrollar el hábito de actuar de forma coherente con ellos. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
2	Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
3	Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los servidores de la entidad para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
4	Desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre el código de integridad, con el fin de guiar el actuar de los servidores públicos.
5	Implementar el eje de creación del valor público (de acuerdo con el nuevo plan de formación y capacitación) en sus programas de aprendizaje institucional.
6	Realizar mejoras al código de integridad a partir de las recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
7	Implementar estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés que contemplen un cronograma de actividades.
8	Implementar estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés que contemplen jornadas de sensibilización para divulgar las situaciones sobre conflictos de interés que puede enfrentar un servidor público.
9	Implementar canales de consulta y orientación para el manejo de conflictos de interés esto frente al control y sanción de los conflictos de interés. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
10	Utilizar como insumo para la identificación de conflictos de interés la declaración de bienes y rentas de los servidores públicos
11	Recopilar y clasificar la información contenida en las declaraciones de bienes y rentas de los servidores públicos.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Fomentar por parte del comité institucional de coordinación de control interno la promoción de los espacios para capacitar a los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo sobre la metodología de gestión del riesgo con el fin de que sea implementada adecuadamente entre los líderes de proceso y sus equipos de trabajo.
2	Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
3	Cualificar la estrategia de participación ciudadana de la entidad mediante la capacitación de sus grupos de valor en temas de participación ciudadana y control social.
4	Cualificar la estrategia de participación ciudadana de la entidad mediante la capacitación de sus servidores públicos en temas de participación ciudadana.
5	Hacer uso de medios digitales para implementar las actividades de elaboración de normatividad formuladas en la estrategia de participación ciudadana de la entidad.
6	Hacer uso de medios digitales para implementar las actividades de formulación de la planeación definidas en la estrategia de participación ciudadana de la entidad.
7	Hacer uso de medios digitales para implementar las actividades de formulación de políticas, programas y proyectos definidas en la estrategia de participación ciudadana de la entidad.
8	Mejorar las actividades de elaboración de normatividad mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
9	Mejorar las actividades de formulación de la planeación mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
10	Mejorar las actividades de formulación de políticas, programas y proyectos mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
11	Tener en cuenta la medición de la satisfacción de los grupos de valor en periodos anteriores, para la toma de las decisiones en el ejercicio de la planeación institucional. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
12	Asignar recursos para la atención de grupos étnicos.
13	Diseñar indicadores para medir la satisfacción ciudadana como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
14	Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
15	Diseñar indicadores para medir el tiempo de espera como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
16	Diseñar indicadores para medir el uso de canales como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
17	Aprobar por medio de un acto administrativo el sistema de seguimiento al plan de desarrollo territorial. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
18	Utilizar los informes producto del seguimiento a los planes de desarrollo territorial e indicativos para la toma de decisiones. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	POLÍTICA	RECOMENDACIONES
1	Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público	Esta política no aplica para la entidad consultada.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	POLÍTICA	RECOMENDACIONES
1	Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	Establecer la política o lineamientos para el uso de bienes con material reciclado.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Contar con el catálogo de componentes de información actualizado con el fin de mejorar la gestión de los componentes de información de la entidad.
2	Contar con vistas de información actualizadas de la arquitectura de información para todas las fuentes de información de la entidad.
3	Implementar procesos o procedimientos de calidad de datos para mejorar la gestión de los componentes de la información de la entidad.
4	Incluir características en los sistemas de información de la entidad que permitan la apertura de sus datos de forma automática y segura.
5	Elaborar y actualizar los documentos de arquitectura de los desarrollos de software de la entidad.
6	Definir e implementar una metodología de referencia para el desarrollo de software y sistemas de información.
7	Contar con vistas actualizadas de despliegue, conectividad y almacenamiento de la arquitectura de infraestructura de TI de la entidad.
8	Documentar e implementar un plan de continuidad de los servicios tecnológicos mediante pruebas y verificaciones acordes a las necesidades de la entidad.
9	Elaborar un acta de cumplimiento a satisfacción de la entidad sobre el funcionamiento de los elementos intervenidos en la fase de implementación del Protocolo de Internet versión 6 (IPv6).
10	Implementar una estrategia de uso y apropiación para todos los proyectos de TI teniendo en cuenta estrategias de gestión del cambio para mejorar el uso y apropiación de las tecnologías de la información (TI) en la entidad.
11	Hacer seguimiento al uso y apropiación de tecnologías de la información (TI) en la entidad a través de los indicadores definidos para tal fin. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
12	Ejecutar acciones de mejora a partir de los resultados de los indicadores de uso y apropiación de tecnologías de la información (TI) en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

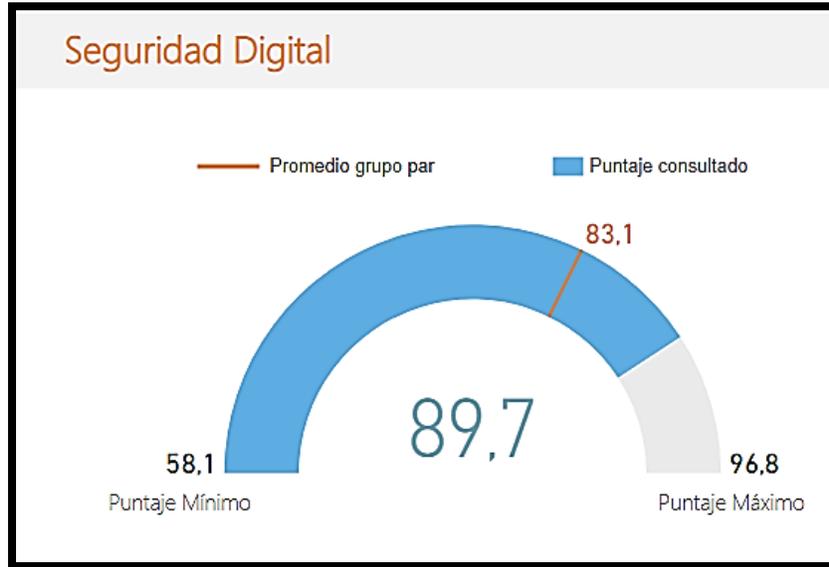
Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
13	Elaborar el plan operacional de seguridad y privacidad de la información de la entidad, aprobarlo mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlo y actualizarlo mediante un proceso de mejora continua.
14	Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
15	Mejorar los trámites en línea de la entidad teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, con el propósito de aumentar su nivel de satisfacción.
16	Disponer en línea todos los trámites de la entidad, que sean susceptibles de disponerse en línea.
17	Cumplir con todos los criterios de accesibilidad web, de nivel A y AA definidos en la NTC5854, para todos los trámites de la entidad disponibles en línea y parcialmente en línea.
18	Mejorar las actividades de elaboración de normatividad mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
19	Mejorar las actividades de formulación de la planeación mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
20	Mejorar las actividades de formulación de políticas, programas y proyectos mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
21	Mejorar las actividades de rendición de cuentas mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
22	Mejorar las actividades de racionalización de trámites mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
23	Mejorar la solución de problemas a partir de la implementación de ejercicios de innovación abierta con la participación de los grupos de valor de la entidad.
24	Mejorar las actividades de promoción del control social y veedurías ciudadana mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Fomentar por parte del comité institucional de coordinación de control interno la promoción de los espacios para capacitar a los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo sobre la metodología de gestión del riesgo con el fin de que sea implementada adecuadamente entre los líderes de proceso y sus equipos de trabajo.
2	Elaborar el plan operacional de seguridad y privacidad de la información de la entidad, aprobarlo mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlo y actualizarlo mediante un proceso de mejora continua.
3	Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
4	Desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre seguridad digital.
5	Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad a través de su participación en los ejercicios de simulación nacional o internacional para desarrollar habilidades y destrezas en materia de seguridad digital.
6	Fortalecer las capacidades en seguridad digital de la entidad a través de convenios o acuerdos de intercambio de información para fomentar la investigación, la innovación y el desarrollo de temas relacionados con la defensa y seguridad nacional en el entorno digital.
7	Reconocer como instancias de la política de seguridad digital a las Unidades cibernéticas de las Fuerzas Militares.
8	Reconocer como instancias de la política de seguridad digital al CSIRT de Gobierno y otros CCIRT.
9	Fortalecer las capacidades en Seguridad digital del talento humano de la entidad, a través de su participación en las convocatorias de capacitación en Gobierno Electrónico realizadas por el Gobierno Nacional.
10	Fortalecer las capacidades en Seguridad digital del talento humano de la entidad, a través de su participación en las convocatorias de competencias gerenciales realizadas por el Gobierno Nacional.

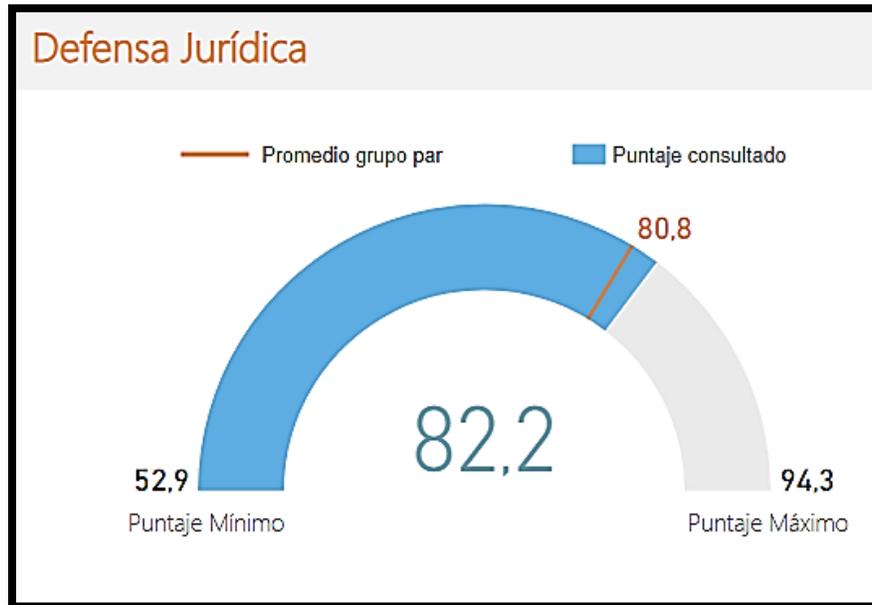
Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
11	Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como adoptar e implementar la guía para la identificación de infraestructura crítica cibernética.
12	Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como realizar la identificación anual de la infraestructura crítica cibernética e informar al CCOC.
13	Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como participar en la construcción de los planes sectoriales de protección de la infraestructura crítica cibernética.
14	Adelantar acciones para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital en la entidad tales como participar en las mesas de construcción y sensibilización del Modelo Nacional de Gestión de Riesgos de Seguridad Digital.
15	Establecer un procedimiento de gestión de incidentes de seguridad de la información, formalizarlo y actualizarlo de acuerdo con los cambios de la entidad.
16	Clasificar y etiquetar la información de la entidad de acuerdo con las leyes aplicables vigentes.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Incluir en los estudios y/o análisis que realiza la entidad de los procesos que cursan o hayan cursado en su contra las deficiencias en las actuaciones administrativas de las entidades, con el fin de proponer correctivos.
2	Incluir en los estudios y/o análisis que realiza la entidad de los procesos que cursan o hayan cursado en su contra las deficiencias de las actuaciones procesales por parte de los apoderados de la entidad, con el fin de proponer correctivos.
3	Garantizar que el procedimiento de cumplimiento y pago de sentencias y conciliaciones de la entidad esté acorde con el previsto en el Decreto Único del Sector Hacienda y Crédito Público.
4	Determinar la procedencia o improcedencia del llamamiento en garantía con fines de repetición.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
2	Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los servidores de la entidad para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
3	Identificar archivos de derechos humanos, memoria histórica y conflicto armado, para su protección y conservación según el acuerdo 04 de 2015, el protocolo de gestión de archivos de Derechos Humanos y la Circular 01 de 2017.
4	Implementar estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés que contemplen un cronograma de actividades.
5	Implementar estrategias para la identificación y declaración de conflictos de interés que contemplen jornadas de sensibilización para divulgar las situaciones sobre conflictos de interés que puede enfrentar un servidor público.
6	Implementar canales de consulta y orientación para el manejo de conflictos de interés esto frente al control y sanción de los conflictos de interés. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
7	Utilizar como insumo para la identificación de conflictos de interés la declaración de bienes y rentas de los servidores públicos
8	Hacer uso de medios digitales para implementar las actividades de promoción del control social y veedurías ciudadanas formuladas en la estrategia de participación ciudadana de la entidad.
9	Retroalimentar a la ciudadanía y demás grupos de valor sobre los resultados de su participación mediante la página web de la entidad.
10	Retroalimentar a la ciudadanía y demás grupos de valor sobre los resultados de su participación mediante los ejercicios de rendición de cuentas de la entidad.
11	Definir, en la estrategia de rendición de cuentas de la entidad, fechas y acciones detalladas por grupo de valor para la divulgación y publicación de información.
12	Divulgar información sobre el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la entidad en los ejercicios de rendición de cuentas.
13	Disponer la información que publica la entidad en otras lenguas o idiomas.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFFP



#	RECOMENDACIONES
1	Incorporar las situaciones de discapacidad de los servidores dentro de la planeación del talento humano.
2	Incorporar la actualización de la información en el SIGEP como actividad dentro la planeación del talento humano en la entidad.
3	Incorporar actividades relacionadas con el Programa de desvinculación asistida por otras causales dentro de la planeación del talento humano en la entidad.
4	Desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre el código de integridad, con el fin de guiar el actuar de los servidores públicos.
5	Desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre política de servicio al ciudadano.
6	Desarrollar jornadas de capacitación y/o divulgación a sus servidores y contratistas sobre seguridad digital.
7	Asegurar que todas las dependencias de la entidad, empezando por las oficinas de atención al ciudadano, se beneficien de las herramientas y mecanismos que se implementen para mejorar la comunicación con los servidores y con los grupos de valor.
8	Conocer e implementar diferentes herramientas que permitan a la entidad mejorar el lenguaje con el que se comunica con sus grupos de valor.
9	Cualificar la estrategia de participación ciudadana de la entidad mediante la capacitación de sus grupos de valor en temas de participación ciudadana y control social.
10	Cualificar la estrategia de participación ciudadana de la entidad mediante la capacitación de sus servidores públicos en temas de participación ciudadana.
11	Mejorar las actividades de elaboración de normatividad mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
12	Mejorar las actividades de formulación de la planeación mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
13	Mejorar las actividades de formulación de políticas, programas y proyectos mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
14	Mejorar las actividades de rendición de cuentas mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
15	Mejorar las actividades de racionalización de trámites mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
16	Mejorar la solución de problemas a partir de la implementación de ejercicios de innovación abierta con la participación de los grupos de valor de la entidad.
17	Mejorar las actividades de promoción del control social y veedurías ciudadana mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
18	Tener en cuenta la medición de la satisfacción de los grupos de valor en periodos anteriores, para la toma de las decisiones en el ejercicio de la planeación institucional. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
19	Implementar y adoptar en todas las dependencias de la entidad la política o estrategia de servicio al ciudadano.
20	Alinear la política o estrategia de servicio al ciudadano con el PND y/o el PDT.
21	Utilizar enlaces territoriales sin punto de atención como mecanismo para que los ciudadanos gestionen sus trámites y servicios en el territorio.
22	Utilizar atención a través de otra entidad como mecanismo para que los ciudadanos gestionen sus trámites y servicios en el territorio.
23	Diseñar indicadores para medir la satisfacción ciudadana como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
24	Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
25	Diseñar indicadores para medir el tiempo de espera como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
26	Diseñar indicadores para medir el uso de canales como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
27	Establecer incentivos especiales para el personal de servicio al ciudadano, de acuerdo con lo previsto en el marco normativo vigente (Decreto 1567 de 1998, Ley 909 de 2004, Decreto 894 de 2017) y otros estímulos para quienes se encuentren con distinto tipo de vinculación (provisionales, contratistas, etc.) en la entidad.
28	Poner a disposición de la ciudadanía canales de atención itinerantes (ejemplo, puntos móviles de atención, ferias, caravanas de servicio, etc.) y garantizar que se encuentren en operación.
29	Disponer de una herramienta de software que actúe como asistente automatizado para la atención y asesoría a grupos de valor a través de canales virtuales y que permita el escalamiento de peticiones a personal especializado, de acuerdo con sus niveles de complejidad (ejeChatbot).
30	Contar con Módulos de Autogestión (tótems o similares) en los puntos de atención presencial y con posibilidad de itinerantica, que permitan a los usuarios la autogestión de sus trámites.
31	Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a las personas en condición de discapacidad visual.
32	Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a las personas en condición de discapacidad auditiva.
33	Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a las personas en condición de discapacidad múltiple (ej. Sordo ceguera).
34	Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a las personas en condición de discapacidad física o con movilidad reducida.
35	Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a las personas en condición de discapacidad psicosocial.
36	Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a las personas en condición de discapacidad intelectual.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
37	Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a menores de edad y niños.
38	Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a los adultos mayores.
39	Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a mujeres en estado de embarazo o de niños en brazos.
40	Implementar programas de cualificación en atención preferente e incluyente que tenga en cuenta a personas desplazadas o en situación de extrema vulnerabilidad.
41	Garantizar unas condiciones de acceso, que incluya en su infraestructura señalización inclusiva (Ejemplo: alto relieve, braille, pictogramas, otras lenguas, entre otros.)
42	Incluir la señalización en alto relieve, dentro de los tipos de señalización inclusiva que utiliza la entidad.
43	Incluir la señalización en braille, dentro de los tipos de señalización inclusiva que utiliza la entidad.
44	Incluir la señalización con imágenes en lengua de señas, dentro de los tipos de señalización inclusiva que utiliza la entidad.
45	Incluir los pictogramas, dentro de los tipos de señalización inclusiva que utiliza la entidad.
46	Incluir la señalización en otras lenguas o idiomas, dentro de los tipos de señalización inclusiva que utiliza la entidad.
47	Incluir los sistemas de orientación espacial (Wayfinding), dentro de los tipos de señalización inclusiva que utiliza la entidad.
48	Promover la accesibilidad y atender las necesidades particulares, destinando recursos la contratación de talento humano que atienda las necesidades de los grupos de valor (ej.: traductores que hable otras lenguas o idiomas).
49	Asegurar que la línea de atención de la entidad, el PBX o conmutador tiene capacidad de grabar llamadas de etnias y otros grupos de valor que hablen en otras lenguas o idiomas diferentes al castellano para su posterior traducción.
50	Asegurar que la línea de atención de la entidad, el PBX o conmutador tiene operadores que pueden brindar atención a personas que hablen otras lenguas o idiomas (Ej.: etnias).
51	Asegurar que la línea de atención de la entidad, el PBX o conmutador cuenta con un menú interactivo con opciones para la atención de personas con discapacidad.
52	Asesorarse en temas de discapacidad física para mejorar la accesibilidad de los usuarios a los trámites y servicios de la entidad.
53	Asesorarse en temas de discapacidad psicosocial (mental) o intelectual (cognitiva) para mejorar la accesibilidad de los usuarios a los trámites y servicios de la entidad.
54	Asesorarse en temas de grupos étnicos para mejorar la accesibilidad de los usuarios a los trámites y servicios de la entidad.
55	Generar o apropiar políticas, lineamientos, planes, programas y/o proyectos que garanticen el acceso a la oferta pública dirigida a las personas con discapacidad múltiple (ej. Sordo ceguera).
56	Generar o apropiar políticas, lineamientos, planes, programas y/o proyectos que garanticen el ejercicio total y efectivo de los derechos de las personas con discapacidad intelectual (cognitiva).
57	Generar o apropiar políticas, planes, programas y/o proyectos que garanticen el ejercicio total y efectivo de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial (mental).
58	Generar o apropiar políticas, planes, programas y/o proyectos que garanticen el ejercicio total y efectivo de los derechos de las personas que hablen otras lenguas o dialectos en Colombia (indígena, afro y ROM).
59	Contar con herramientas tales como la caracterización de los documentos, para evaluar la complejidad de los documentos utilizados para comunicarse con sus grupos de valor (formularios, guías, respuestas a derechos de petición, etc.).

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
60	Definir un procedimiento en la entidad para traducir la información pública que solicita un grupo étnico a su respectiva lengua.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

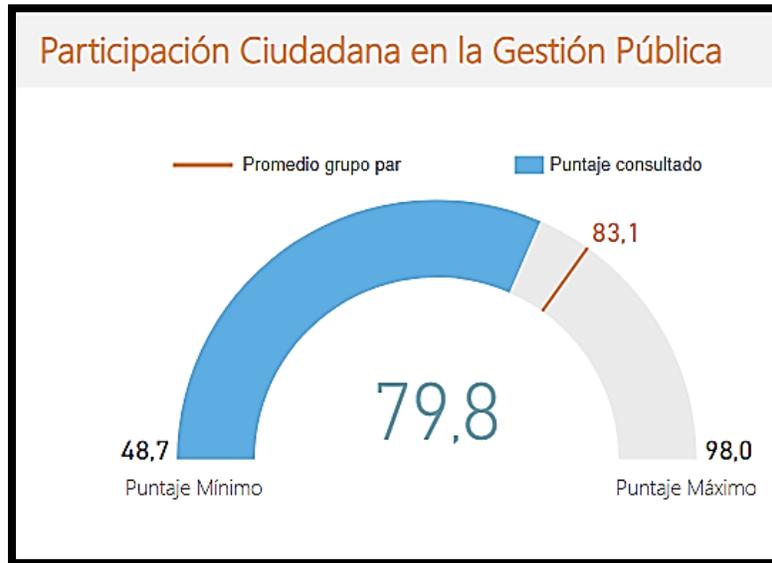
Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Desarrollar ejercicios de innovación en los procesos de la entidad que le permitan fomentar la eficiencia administrativa, racionalizar sus trámites y agilizar su gestión.
2	Conocer e implementar diferentes herramientas que permitan a la entidad mejorar el lenguaje con el que se comunica con sus grupos de valor.
3	Mejorar las actividades de racionalización de trámites mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
4	Divulgar información sobre los trámites de la entidad en los ejercicios de rendición de cuentas.
5	Implementar acciones de racionalización que permitan reducir los pasos de los trámites / otros procedimientos administrativos de la entidad.
6	Dar a conocer a los grupos de valor los beneficios que obtuvieron gracias a las acciones de racionalización de los trámites / otros procedimientos administrativos que implementó la entidad.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Asegurar la implementación de las acciones definidas en plan institucional para la atención de grupos étnicos.
2	Evaluar la satisfacción de los grupos étnicos.
3	Diseñar e implementar acciones orientadas a mejorar la atención a grupos étnicos.
4	Desarrollar acciones para fortalecer la relación con el ciudadano puntualmente orientado a la atención de grupos étnicos según resolución No. 667 de 2018 sobre competencias funcionales de las áreas o procesos transversales.
5	Contar con vistas de información actualizadas de la arquitectura de información para todas las fuentes de información de la entidad.
6	Incluir diferentes medios de comunicación, acordes a la realidad de la entidad, para la difusión de los lineamientos del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
7	Convocar la mayor cantidad posible y acorde con la realidad de la entidad, de grupos de valor y otras instancias, en la formulación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.
8	Incluir diferentes medios de comunicación, acordes a la realidad de la entidad, para divulgar la información en el proceso de rendición de cuentas.
9	Implementar diferentes acciones de diálogo, acordes a la realidad de la entidad, para el proceso de rendición de cuentas.
10	Cualificar la estrategia de participación ciudadana de la entidad mediante la capacitación de sus grupos de valor en temas de participación ciudadana y control social.
11	Cualificar la estrategia de participación ciudadana de la entidad mediante la capacitación de sus servidores públicos en temas de participación ciudadana.
12	Hacer uso de medios digitales para implementar las actividades de elaboración de normatividad formuladas en la estrategia de participación ciudadana de la entidad.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
13	Hacer uso de medios digitales para implementar las actividades de formulación de la planeación definidas en la estrategia de participación ciudadana de la entidad.
14	Hacer uso de medios digitales para implementar las actividades de formulación de políticas, programas y proyectos definidas en la estrategia de participación ciudadana de la entidad.
15	Hacer uso de medios digitales para implementar las actividades de racionalización de trámites formuladas en la estrategia de participación ciudadana de la entidad.
16	Hacer uso de medios digitales para implementar las actividades de ejercicios de innovación abierta para la solución de problemas formuladas en la estrategia de participación ciudadana de la entidad.
17	Hacer uso de medios digitales para implementar las actividades de promoción del control social y veedurías ciudadanas formuladas en la estrategia de participación ciudadana de la entidad.
18	Mejorar las actividades de elaboración de normatividad mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
19	Mejorar las actividades de formulación de la planeación mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
20	Mejorar las actividades de formulación de políticas, programas y proyectos mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
21	Mejorar las actividades de rendición de cuentas mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
22	Mejorar las actividades de racionalización de trámites mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
23	Mejorar la solución de problemas a partir de la implementación de ejercicios de innovación abierta con la participación de los grupos de valor de la entidad.
24	Mejorar las actividades de promoción del control social y veedurías ciudadana mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
25	Retroalimentar a la ciudadanía y demás grupos de valor sobre los resultados de su participación mediante la página web de la entidad.
26	Retroalimentar a la ciudadanía y demás grupos de valor sobre los resultados de su participación mediante los ejercicios de rendición de cuentas de la entidad.
27	Definir, en la estrategia de rendición de cuentas de la entidad, fechas y acciones detalladas por grupo de valor para la divulgación y publicación de información.
28	Definir, en la estrategia de rendición de cuentas de la entidad, fechas y acciones detalladas por grupo de valor para la incorporación de acciones de mejora viables a partir del resultado del diálogo.
29	Implementar acciones de mejoramiento a partir de los resultados de los ejercicios de rendición de cuentas de la entidad.
30	Divulgar con los ciudadanos, usuarios y grupos de interés las acciones de mejoramiento que la entidad implementó a partir de los resultados de los ejercicios de rendición de cuentas.
31	Incrementar la participación ciudadana a partir de los resultados de los ejercicios de rendición de cuentas de la entidad.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
32	Divulgar información sobre los trámites de la entidad en los ejercicios de rendición de cuentas.
33	Divulgar información sobre los espacios de participación en línea de la entidad en los ejercicios de rendición de cuentas.
34	Divulgar información sobre los espacios presenciales de participación de la entidad en los ejercicios de rendición de cuentas.
35	Divulgar información sobre la oferta de información en canales electrónicos de la entidad en los ejercicios de rendición de cuentas.
36	Divulgar información sobre la oferta de información en canales presenciales de la entidad en los ejercicios de rendición de cuentas.
37	Divulgar información sobre los conjuntos de datos abiertos de la entidad en los ejercicios de rendición de cuentas.
38	Divulgar información sobre el enfoque de derechos humanos en los ejercicios de rendición de cuentas de la entidad.
39	Divulgar información sobre el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la entidad en los ejercicios de rendición de cuentas.
40	Tener en cuenta la medición de la satisfacción de los grupos de valor en periodos anteriores, para la toma de las decisiones en el ejercicio de la planeación institucional. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
41	Definir un procedimiento en la entidad para traducir la información pública que solicita un grupo étnico a su respectiva lengua.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Implementar acciones para conservar su memoria institucional, tales como: identificar y sistematizar sus buenas prácticas y lecciones aprendidas.
2	Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
3	Mejorar las actividades de rendición de cuentas mediante la participación de los grupos de valor en la gestión de la entidad.
4	Retroalimentar a la ciudadanía y demás grupos de valor sobre los resultados de su participación mediante la página web de la entidad.
5	Retroalimentar a la ciudadanía y demás grupos de valor sobre los resultados de su participación mediante los ejercicios de rendición de cuentas de la entidad.
6	Definir, en la estrategia de rendición de cuentas de la entidad, fechas y acciones detalladas por grupo de valor para la divulgación y publicación de información.
7	Definir, en la estrategia de rendición de cuentas de la entidad, fechas y acciones detalladas por grupo de valor para la incorporación de acciones de mejora viables a partir del resultado del diálogo.
8	Implementar acciones de mejoramiento a partir de los resultados de los ejercicios de rendición de cuentas de la entidad.
9	Divulgar con los ciudadanos, usuarios y grupos de interés las acciones de mejoramiento que la entidad implementó a partir de los resultados de los ejercicios de rendición de cuentas.
10	Dar a conocer a los grupos de valor los beneficios que obtuvieron gracias a las acciones de racionalización de los trámites / otros procedimientos administrativos que implementó la entidad.

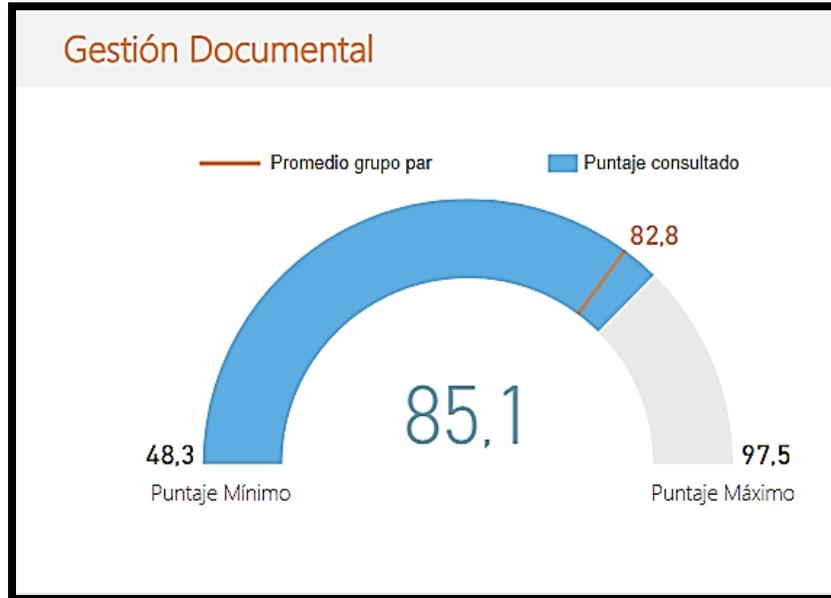
Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
11	Diseñar indicadores para medir la satisfacción ciudadana como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
12	Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
13	Diseñar indicadores para medir el tiempo de espera como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
14	Diseñar indicadores para medir el uso de canales como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
15	Aprobar por medio de un acto administrativo el sistema de seguimiento al plan de desarrollo territorial. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
16	Utilizar los informes producto del seguimiento a los planes de desarrollo territorial e indicativos para la toma de decisiones. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Tomar las medidas o controles necesarios para que la entidad NO tenga fondos documentales acumulados.
2	Elaborar las Tablas de Valoración Documental - TVD para organizar el Fondo Documental Acumulado -FDA.
3	Aprobar las Tablas de Valoración Documental - TVD para organizar el Fondo Documental Acumulado -FDA.
4	Tramitar el proceso de convalidación de las Tablas de Valoración Documental -TVD para organizar el Fondo Documental Acumulado -FDA.
5	Implementar las Tablas de Valoración Documental - TVD para organizar el Fondo Documental Acumulado - FDA.
6	Publicar en la página web de la entidad las Tablas de Valoración Documental - TVD para organizar el Fondo Documental Acumulado -FDA.
7	Verificar que el cuadro de Clasificación Documental - CCD refleje la estructura organizacional vigente de la entidad.
8	Publicar el Cuadro de Clasificación Documental - CCD en la página web de la entidad.
9	Implementar la Tabla de Retención Documental - TRD.
10	Publicar la Tabla de Retención Documental - TRD, en el sitio web de la entidad en la sección de transparencia.
11	Inscribir en el Registro Único de Series Documentales la Tabla de Retención Documental -TRD.
12	Publicar el documento del Sistema Integrado de Conservación - SIC en el sitio web de la entidad en la sección de transparencia.
13	Incluir en el Sistema Integrado de Conservación, el plan de preservación digital a largo plazo.
14	Realizar actividades de prevención de emergencias y de atención de desastres en los sistemas de archivo de soportes físicos de la entidad.
15	Adquirir equipos de apoyo al proceso de gestión documental que sean amigables con el medio ambiente.
16	Implementar la política nacional sobre gestión adecuada de residuos de aparatos eléctricos y digitales.
17	Definir estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing), para garantizar que la información que produce esté disponible a lo largo del tiempo.
18	Ejecutar y documentar estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing) para garantizar que la información que produce esté disponible a lo largo del tiempo.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
19	Implementar el Plan de Preservación Digital.
20	Identificar archivos de derechos humanos, memoria histórica y conflicto armado, para su protección y conservación según el acuerdo 04 de 2015, el protocolo de gestión de archivos de Derechos Humanos y la Circular 01 de 2017.
21	Aplicar la Tabla de Valoración Documental para efectuar el proceso de organización documental.
22	Definir e implementar un procedimiento para la entrega de archivos por desvinculación o traslado del servidor público.
23	Definir e implementar un procedimiento para la entrega de archivos por culminación de obligaciones contractuales.
24	Realizar eliminación documental, aplicando TRD y TVD.
25	Implementar el Sistema de Gestión de Documentos Electrónicos de Archivo -SGDEA.
26	Utilizar la digitalización de documentos que están en soporte papel para fines probatorios.
27	Implementar mecanismos suficientes y adecuados para transferir el conocimiento de las personas que se retiran a quienes continúan vinculados.
28	Implementar una organización documental adecuada, y disponer de instrumentos archivísticos que le permitan a la entidad dar manejo a los Fondos Documentales recibidos.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Aprobar el plan de acción ante el comité institucional de gestión y desempeño como parte de la implementación de la política de gestión del conocimiento y la innovación.
2	Implementar herramientas de gestión del conocimiento para implementar la política de gestión del conocimiento y la innovación.
3	Identificar las necesidades de sus procesos de gestión del conocimiento y la innovación a través de actividades tales como: llevar a cabo el análisis de datos e información de los procesos de la entidad.
4	Identificar las necesidades de sus procesos de gestión del conocimiento y la innovación a través de actividades tales como: recopilar información sobre el conocimiento que requieren sus dependencias.
5	Identificar las necesidades de sus procesos de gestión del conocimiento y la innovación a través de actividades tales como: consultar las necesidades y expectativas a sus grupos de valor.
6	Identificar las necesidades de sus procesos de gestión del conocimiento y la innovación a través de actividades tales como: gestionar los riesgos y controles relacionados con la fuga de capital intelectual.
7	Implementar acciones para conservar su memoria institucional, tales como: identificar y sistematizar sus buenas prácticas y lecciones aprendidas.
8	Implementar acciones para conservar su memoria institucional, tales como: apoyar los procesos de comunicación de la entidad.
9	Identificar, clasificar y actualizar el conocimiento tácito para establecer necesidades de nuevo conocimiento.
10	Prioriza la necesidad de contar con herramientas para la gestión del conocimiento y la innovación en la entidad.
11	Realizar inventarios para identificar la ubicación de conocimiento explícito y así evitar su pérdida.
12	Contar con repositorios de conocimiento para evitar la pérdida de conocimiento explícito de la entidad.

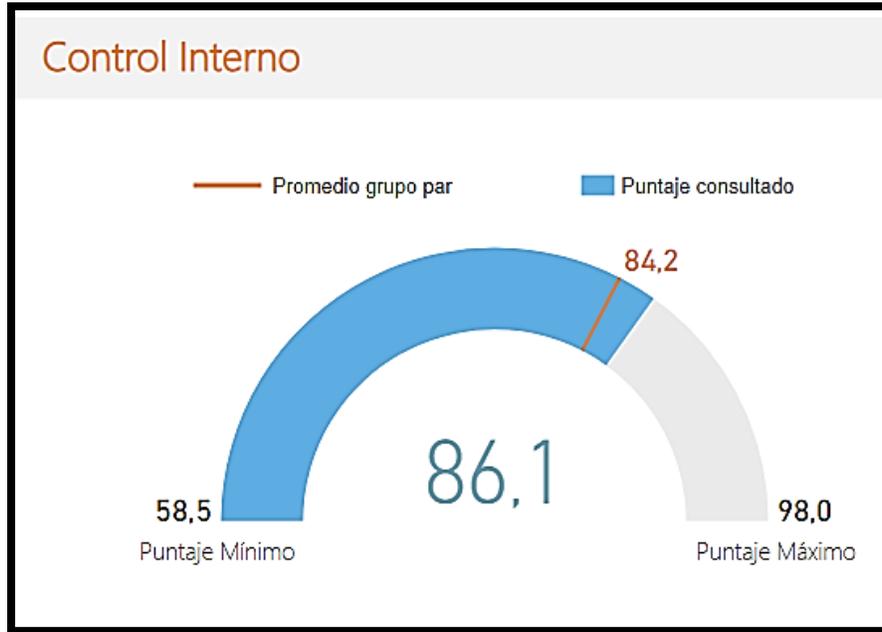
Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
13	Realizar procesos de socialización y difusión del conocimiento explícito, para así evitar su pérdida.
14	Desarrollar ejercicios de innovación en los procesos de la entidad que le permitan fomentar la eficiencia administrativa, racionalizar sus trámites y agilizar su gestión.
15	Desarrollar ejercicios de innovación en los procesos de la entidad que le permitan mejorar sus métodos organizacionales.
16	Identificar las necesidades de investigación relacionadas con la misión de la entidad.
17	Establecer proyectos específicos dentro de su plan de acción para gestionar investigaciones.
18	Contar con un grupo, unidad, equipo o personal encargado de gestionar proyectos de investigación.
19	Desarrollar acciones para gestionar actividades y productos de investigación.
20	Trabajar con semilleros, grupos o equipos de investigación internos o externos a la entidad, en el marco de las alianzas.
21	Desarrollar proyectos de investigación, que le permitan a la entidad en un tiempo contar con productos de investigación.
22	Socializar y publicar los resultados de las investigaciones realizadas.
23	Identificar cuál es la información que más le solicitan a la entidad y generar campañas con esa información para difundirla a sus grupos de valor.
24	Fortalecer el conocimiento del talento humano desde su propio capital intelectual como acción de enseñanza-aprendizaje.
25	Diseñar y ejecutar actividades en entornos que permitan enseñar-aprender desde varios enfoques.
26	Fomentar la transferencia del conocimiento hacia adentro y hacia afuera de la entidad.
27	Desarrollar acciones para colaborar con otras entidades en la producción y generación de datos, información, investigaciones, desarrollos tecnológicos y documentos, tales como: colaborar en la gestión de proyectos de investigación o innovación relacionados con su misión institucional.
28	Desarrollar acciones para colaborar con otras entidades en la producción y generación de datos, información, investigaciones, desarrollos tecnológicos y documentos, tales como: participar en redes de conocimiento.
29	Planear e implementar actividades de investigación, desarrollo e innovación (I+D+I) que le permitan a la entidad obtener nuevo conocimiento acorde a sus competencias y necesidades.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP



#	RECOMENDACIONES
1	Establecer desde la alta dirección medios de comunicación internos para dar a conocer las decisiones y mejoras del sistema de control interno.
2	Monitorear por parte del comité institucional de coordinación de control interno los cambios en el entorno (interno y externo) que puedan afectar la efectividad del sistema de control interno.
3	Monitorear por parte del comité institucional de coordinación de control interno el estado de los riesgos aceptados (apetito por el riesgo) con el fin de identificar cambios sustantivos que afecten el funcionamiento de la entidad.
4	Fomentar por parte del comité institucional de coordinación de control interno la promoción de los espacios para capacitar a los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo sobre la metodología de gestión del riesgo con el fin de que sea implementada adecuadamente entre los líderes de proceso y sus equipos de trabajo.
5	Establecer controles para evitar la materialización de riesgos fiscales.
6	Establecer controles para evitar la materialización de riesgos contables.
7	Comunicar por parte de los cargos que lideran de manera transversal temas estratégicos de gestión (tales como jefes de planeación, financieros, contratación, TI, servicio al ciudadano, líderes de otros sistemas de gestión, comités de riesgos) a la alta dirección y a los distintos niveles de la entidad los eventos en materia de información y comunicación que afectan el funcionamiento del sistema de control interno.
8	Verificar que el plan anual de auditoría contempla auditorías de accesibilidad web, conforme a la norma técnica NTC 5854.
9	Verificar que el plan anual de auditoría contempla auditorías de gestión conforme a la norma técnica NTC 6047 de infraestructura.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
10	Fomentar desde la Alta Dirección espacios de participación para todo el personal, para armonizar los valores del servicio público con los códigos de ética institucional, implementar jornadas de difusión y herramientas pedagógicas para desarrollar el hábito de actuar de forma coherente con ellos. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
11	Hacer seguimiento por parte del jefe de Control Interno a la apropiación de los valores y principios del servicio público, por parte de los servidores públicos
12	Tener en cuenta para la definición de la política de administración del riesgo, aspectos esenciales del entorno en el que opera la entidad, tales como (sectoriales, políticos, sociales, tecnológicos, económicos, entre otros) que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales por parte de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
13	Incluir por parte del jefe de control interno o quien haga sus veces, en la política de administración del riesgo, los resultados de las evaluaciones llevadas a cabo por los organismos de control en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
14	Establecer por parte de la alta dirección una estructura de responsabilidades (esquema de las líneas de defensa) que permita fortalecer compromiso de los líderes y su equipo de trabajo. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
15	Establecer por parte de la alta dirección una estructura de responsabilidades (esquema de las líneas de defensa) que faciliten el flujo de información en temas clave para la toma de decisiones en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
16	Definir por parte de la entidad políticas, lineamientos y estrategias en materia de talento humano efectivas y que aporten al logro de los objetivos. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
17	Identificar factores de infraestructura que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
18	Identificar factores asociados a los procesos que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
19	Identificar factores de carácter fiscal que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos institucionales. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
20	Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
21	Evaluar información proveniente de quejas y denuncias de los servidores de la entidad para la identificación de riesgos de fraude y corrupción.
22	Tomar decisiones oportunas y soportadas en evidencias por la estrategia de comunicación de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
23	Generar espacios de participación con los servidores y la ciudadanía por la estrategia de comunicación de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
24	Verificar por parte del representante legal de la entidad que las acciones de mejora sean efectivas y contribuyan al logro de los resultados. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
25	Identificar las necesidades de sus procesos de gestión del conocimiento y la innovación a través de actividades tales como: gestionar los riesgos y controles relacionados con la fuga de capital intelectual.

Anexo 3: Recomendaciones Resultados FURAG

Resultados Medición Desempeño Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP

#	RECOMENDACIONES
26	Hacer seguimiento al uso y apropiación de tecnologías de la información (TI) en la entidad a través de los indicadores definidos para tal fin. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
27	Ejecutar acciones de mejora a partir de los resultados de los indicadores de uso y apropiación de tecnologías de la información (TI) en la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
28	Definir indicadores para medir la eficiencia y eficacia del sistema de gestión de seguridad y privacidad de la información (MSPI) de la entidad, aprobarlos mediante el comité de gestión y desempeño institucional, implementarlos y actualizarlos mediante un proceso de mejora continua.
29	Aplicar las pruebas necesarias para garantizar la idoneidad de los candidatos en la selección de un gerente público o de un empleo de libre nombramiento y remoción. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
30	Realizar mejoras al código de integridad a partir de las recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
31	Implementar canales de consulta y orientación para el manejo de conflictos de interés esto frente al control y sanción de los conflictos de interés. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
32	Implementar acciones de mejoramiento a partir de los resultados de los ejercicios de rendición de cuentas de la entidad.
33	Divulgar con los ciudadanos, usuarios y grupos de interés las acciones de mejoramiento que la entidad implementó a partir de los resultados de los ejercicios de rendición de cuentas.
34	Incrementar la participación ciudadana a partir de los resultados de los ejercicios de rendición de cuentas de la entidad.
35	Tener en cuenta la medición de la satisfacción de los grupos de valor en periodos anteriores, para la toma de las decisiones en el ejercicio de la planeación institucional. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
36	Diseñar indicadores para medir la satisfacción ciudadana como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
37	Diseñar indicadores para medir las características y preferencias de los ciudadanos como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
38	Diseñar indicadores para medir el tiempo de espera como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
39	Diseñar indicadores para medir el uso de canales como guía de medición y seguimiento del desempeño en el marco de la política de servicio al ciudadano de la entidad. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
40	Aprobar por medio de un acto administrativo el sistema de seguimiento al plan de desarrollo territorial. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.
41	Utilizar los informes producto del seguimiento a los planes de desarrollo territorial e indicativos para la toma de decisiones. Desde el sistema de control interno efectuar su verificación.