



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
HABITAT
Unidad Administrativa Especial de
Servicios Públicos

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20191100058403**

Bogotá D.C., 12 de septiembre de 2019

Página 1 de 3

PARA: **BEATRIZ ELENA CARDENAS CASAS**
Dirección General

DE: **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

ASUNTO: Resultados de la evaluación institucional, primer semestre 2019, enfoque integrado.

Respetada Dra. Beatriz Elena:

De conformidad con los resultados de la Auditoría (Radicado UAESP No. 20191100049543), realizada por fases durante el mes de julio y agosto de 2019, en que se formó, acompañó y designó a los auditores asignados a la Oficina presento los resultados consolidados respecto de las acciones planificadas y ejecutadas, sin embargo, y de forma específica, informarle que ya fueron remitidos a los respectivos responsables, los resultados correspondientes, confiando que se tomen acciones que permitan continuar y mejorar la gestión.

Los referentes considerados para la evaluación fueron:

- Plan de Acción Institucional vigencia 2019
- Hoja de vida de indicadores y/o seguimientos Indicadores Procesos
- Plan Anual de Adquisiciones 2019.
- Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) 2016-2020, Metas resultado y producto (según corresponda) conforme al Plan de Desarrollo "Bogotá mejor para Todos" (reporte SEGPLAN).
- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC.
- Mapa de Riesgos (de Proceso y de corrupción)
- Plan de mejoramiento Interno, de la Contraloría de Bogotá, y otros entes externos.

De acuerdo con la información documentada suministrada y análisis realizado por los auditores de la Oficina de Control Interno, se realizó el cálculo de los resultados con el objetivo de establecer el nivel de cumplimiento de la gestión de cada una de las dependencias, cuyo resultado general fue del **55,15%**, en promedio para la Entidad. En el informe anexo se detallan las principales

Avenida Caracas No. 53-80
Código Postal 110231
PBX 3580400
www.uaesp.gov.co
Linea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
HABITAT
Unidad Administrativa Especial de
Servicios Públicos

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20191100058403**

Bogotá D.C., 12 de septiembre de 2019

Página 2 de 3

conformidades y observaciones de auditoria, lo que nos permitieron concluir lo siguiente:

- ✓ La UAESP planifica acciones para ejecutar los objetivos institucionales, designa roles y recursos para su ejecución. Los documentos de planificación evidenciados permiten verificar la articulación entre objetivos estratégicos, metas proyecto de inversión, iniciativas y planes de acción obligatorios según Decreto 612 de 2018. No obstante, el enfoque de procesos puede verse disminuido porque algunos documentos de planificación se formulan desde una lógica de organigrama, cuando podría realizarse bajo el enfoque de procesos, en virtud del mapa relacional y cadenas de valor establecidas en la Unidad.

Así mismo, existen debilidades en la formulación de algunas acciones en virtud del marco de coherencia PAE que debe existir en la lectura vertical de las acciones planificadas, por ejemplo, en el PAI, respecto de leer la iniciativa, la meta, el hito, y el entregable. Así mismo, a la débil argumentación frente a la programación cuantitativa de algunas actividades del PAI.

A pesar de lo anterior, se demuestra elementos de control asociadas con la Dimensión de Direccionamiento Estratégico según MIPG; de actividades de control y monitoreo según MECI; y de acciones asociadas con el numeral 6.2.2 de la NTC ISO 9001:2015.

- ✓ Los procesos gestionan los riesgos, metodología que está en proceso de actualización según nuevos lineamientos de organismos rectores (DAFP). Sin embargo, consideramos una débil documentación de la actual gestión de riesgos, dado que no se conoce la consolidación de las matrices de riesgos y de los prioritarios, acciones de mitigación finalizadas en vigencias anteriores o incumplidas. No obstante, los responsables de los procesos aseguran que los riesgos no se han materializado.

De acuerdo con lo anterior, se evidencia acciones para abordar riesgos (Numeral 6.1 de la NTC ISO 9001:2015), Evaluación del Riesgo, actividades de control y monitoreo según MECI; sin embargo, se deberá en próxima auditoria evidencia acciones para tratar oportunidades conforme a la NTC ISO 9001.

- ✓ Los procesos documentan los avances de las acciones planificadas, permitiendo observar acciones con avances según programación, así como de las atrasadas y recursos pendientes de gestión. Al respecto, es importante seguir fortaleciendo los elementos de control frente a la Evaluación de Resultados desde los procesos (primera línea de defensa)

Avenida Caracas No. 53-80
Código Postal 110231
PBX 3580400
www.uaesp.gov.co
Línea 195



CO16/7252



CO16/7253



AS
**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
HABITAT
Unidad Administrativa Especial de
Servicios Públicos

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20191100058403**

Bogotá D.C., 12 de septiembre de 2019

Página 3 de 3

y el rol de consolidador y validador (segunda línea de defensa), es decir, que permitan ajustarse en tiempo real, plantear nuevas acciones en virtud de los análisis de resultados obtenidos, por ejemplo, con respecto de los avances en el PAI, acciones descritas en el Plan de Mejoramiento, y acciones de mitigación relacionada con los riesgos.

- ✓ Se evidencian acciones correctivas y de mejora, que permiten propiciar mejoras del sistema de gestión de la UAESP. No obstante, se evidencio debilidad de consolidación de las acciones, duplicidad de matrices e información. En algunos casos, acciones no gestionadas o sin suficiente evidencia para gestionar cierre o verificar avance.

No obstante, se logra demostrar que los procesos reaccionan con la identificación de causas para formular correcciones, acciones de correctivas y atender recomendaciones a razón de posibles acciones de mejora, conforme con lo descrito en el numeral 10.2 de la NTC ISO 9001:2015, evaluación de resultados según MIPG y elementos de control del componente actividades de control y Monitoreo según MECI.

Cordialmente,

ANDRES PABON SALAMANCA
Jefe de Oficina de Control Interno
e-mail: andres.pabon@uaesp.gov.co

Anexos: 12 folios y 1 Archivo virtual (Informe en físico y virtual)

Informado: Marta Cecilia Murcia Chavarro, Jefe Oficina Asesora de Planeación

Avenida Caracas No. 53-80
Código Postal 110231
PBX 3580400
www.uaesp.gov.co
Linea 195



**BOGOTÁ
MEJOR
PARA TODOS**

	GESTIÓN Y RESULTADOS ⁽¹⁾	ANÁLISIS FINANCIERO Y CONTABLE ⁽¹⁾	LEGAL ⁽¹⁾	SISTEMA DE GESTIÓN ⁽¹⁾
ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA	X		X	<ul style="list-style-type: none"> • MIPG: Direccionamiento Estratégico y Planeación; Evaluación de Resultados. • MECI: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Actividades de Monitoreo. • ISO 9001:2015: numerales 6.1; 6.2.2.; y 10.2.
INFORME ⁽²⁾	AVANCES DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL			
PROCESO PROCEDIMIENTO Y/O DEPENDENCIA	TODOS LOS PROCESOS / DEPENDENCIAS			
RESPONSABLE Y/O AUDITADOS	SUBDIRETORES, JEFES DE OFICINA, LIDERES DE PROCESO Y EQUIPO DE TRABAJO DESIGNADOS.			
OBJETIVO	Verificar de forma integral el plan de acción, plan de mejoramiento, gestión de riesgos, gestión presupuestal, contractual y/o fisca por proceso/dependencia, y de las metas Plan de Desarrollo Distrital que se gerencian.			
ALCANCE	30 de julio de 2019			
PERIODO DE EJECUCIÓN	8 de julio al 30 de agosto de 2019			
EQUIPO AUDITOR	<ul style="list-style-type: none"> - ABEL JOSUÉ OSORIO LÓPEZ – AJOL - CARLOS MIGUEL CAMPO HERNANDEZ – CMCH - HAROLD MARCEL PUENTES MORALES – HMPM - IVÁN DARÍO SIERRA BALLESTEROS – IDSB - JOSÉ IGNACIO PINZÓN BARRETO – JIPB - EDGAR ANDRES ORTIZ VIVAS – EAOV - DANIELA GORDILLO GONZALEZ – DGG - EDGAR ANDRES ORTIZ VIVAS – EAOV - JAVIER ALFONSO SARMIENTO PIÑERO – JASP 			



Informe de auditoría interna



- Plan de Acción Institucional vigencia 2019
- Hoja de vida de indicadores y/o seguimientos Indicadores Procesos
- Plan Anual de Adquisiciones 2019.
- Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) 2016-2020, Metas resultado y producto (según corresponda) conforme al Plan de Desarrollo "Bogotá mejor para Todos" (reporte SEGPLAN).
- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC.
- Mapa de Riesgos (de Proceso y de corrupción)
- Plan de mejoramiento Interno, de la Contraloría de Bogotá, y otros entes externos.

(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

En procura de la eficiencia y eficacia administrativa frente a las actividades de Auditoría Interna previstas según PAA, se realizó un examen del avance de la gestión institucional de la Entidad en cuanto al plan de acción (PAI), plan de mejoramiento (PM), gestión de riesgos (GR), gestión presupuestal, contractual y/o fiscal (GPCF) por proceso/dependencia, y de las metas Plan de Desarrollo Distrital que se gerencian en la UAESP, con el propósito de verificar avances y resultados, elementos de control y aspectos referentes al Sistema Integrado de Gestión de la UAESP.

Se diseñó instrumento de verificación en un aplicativo en Excel, que le permitiera al auditor evidenciar acciones y estado de estas bajo metodología de planificación, gestión de riesgos vigentes en la UAESP. Se planificó visitas que permitieran dar cuenta de la ejecución de servicios institucionales en virtud de acciones asociadas a los procesos, metas proyecto de inversión, Plan de Desarrollo y Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC); acciones correctivas y de mejora (Plan de Mejoramiento); y acciones preventivas (Gestión de Riesgos).

Los resultados fueron comunicados directamente a los líderes de proceso y/o líderes de dependencia, y bajo escenario pedagógico, se ilustró avance de las acciones de forma porcentual, así como, de observaciones frente a los aspectos verificados de forma puntual, con el propósito de propiciar análisis y toma de decisiones que promovieran el cumplimiento de lo planificado que redundara en una mejor prestación de servicios por parte de los procesos/dependencias. (Radicados UAESP No. 20191100054703; 20191100054793; 20191100054823; 20191100054843; 20191100054853; 20191100054903; 20191100055093; 20191100055143; 20191100055633; 20191100055693).

Por lo tanto, el presente informe contiene los principales aspectos verificados a razón de los elementos de control fijados por la Entidad bajo la lectura de la eficacia del Sistema Integrado de Gestión que opera en la UAESP, bajo referentes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, MIPG; Modelo



1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

Estándar de Control Interno, MECI; y algunos numerales de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015, tal como se menciona en el plan de auditoría (Radicado UAESP No. 20191100049543)

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.1. CONFORMIDAD: PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACCIONES ASOCIADAS CON LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES. 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 2019.

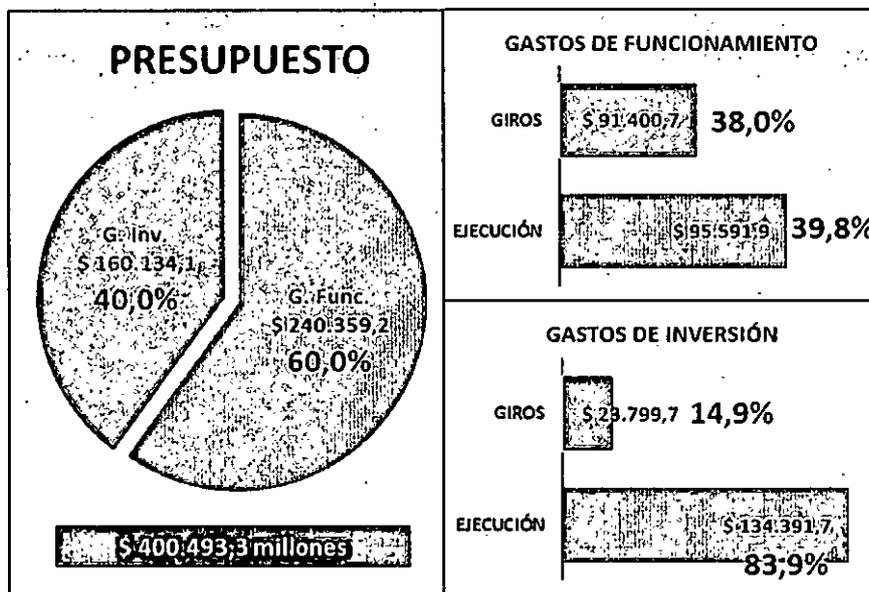
De acuerdo con la información documentada suministrada por los procesos y análisis realizado por los auditores de la Oficina de Control Interno, se realizó el cálculo de los resultados con el objetivo de establecer el nivel de cumplimiento de la gestión de cada una de las dependencias, cuyo resultado general se estima en promedio en un 55,15%, de avance de las acciones planificadas para el primer semestre de 2019. A continuación, se detalla los aspectos verificados y avances estimados, según metodología e instrumento aplicado:

AREA/PROCESO	PLAN DE ACCION	PLAN DE MEJORAMIENTO (% DE ACCIONES CERRADAS)	GESTION PPTAL Y CONTRACTUAL	AVANCE FÍSICO DE METAS PRODUCTO Y P INV.	SOLIDEZ DE CONTROLES (RIESGO)	PAAC
SUB DIRECCION ADVA Y FINANCIERA - GF	62,20%	22,30%	89,00%	21,20%	50,00%	72,90%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO - DE	52,40%	49,00%	66,40%	46,70%	58,30%	65,30%
GESTIÓN DE COMUNICACIONES - GC	50,00%	14,30%	73,00%	25,00%	50,00%	57,40%
GESTIÓN TECNOLÓGICA Y DE LA INFORMACIÓN - GTI	34,00%	5,00%	54,00%	34,00%	54,20%	83,60%
SUB DIRECCIÓN SERVICIOS FUNERARIOS - SF Y ALUMBRADO PÚBLICO - AP.	44,60%	66,70%	39,00%	60,80%	62,50%	82,70%
SUB DIRECCIÓN DISPOSICIÓN FINAL - DF	31,80%	29,30%	60,40%	45,00%	50,00%	95,80%
SUB DIRECCIÓN APROVECHAMIENTO - APROV	43,80%	22,70%	71,90%	41,00%	41,70%	90,00%
SUB DIRECCIÓN RECOLECCIÓN, BARRIDO Y LIMPIEZA - RBL	72,50%	70,00%	49,50%	66,50%	75,00%	62,50%
SUBDIRECCIÓN ASUNTOS LEGALES - GAL	57,50%	64,30%	75,10%	N.A.	83,30%	89,60%
PROMEDIO	49,87%	38,18%	64,26%	42,53%	58,33%	77,76%

2: CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.2. CONFORMIDAD: RECURSOS PRESUPUESTALES QUE FACILITAN LA OPERACIÓN DE ACCIONES PLANIFICADAS. En el documento "*Plan Anual de Adquisiciones*" se evidenciaron objetos contractuales y recursos estimados por dependencia, que, al verificar su operacionalización, permiten ejecutar las funciones y actividades previstas en el Plan de Acción Institucional – PAI, Plan de Desarrollo, y de esta manera, en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Se observa que el presupuesto de gastos de funcionamiento e inversión disponible es de \$ 400.493,3 millones, de los cuales a julio se han ejecutado el 57,43% y girado 28,76%.



2.2.1. Así mismo, se evidencia otros registros que completan el anterior documento, (Plan de Acción 2016 – 2020, por Componente de gestión e inversión por entidad del aplicativo SEGPLAN, Ejecuciones presupuestales según PREDIS), en virtud de los avances físicos, contractuales y presupuestales referentes a metas proyecto de inversión, producto y resultado del Plan de Desarrollo vigente, que evidencia la destinación de recursos para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

2.3. CONFORMIDAD: AVANCES Y LOGROS DOCUMENTADOS. Los procesos auditados dan cuenta de las evidencias que demuestran el nivel de avance y cumplimiento de lo planificado. Por ejemplo, y teniendo como insumo el informe SEGPLAN, se observa avances de cumplimiento de las 21 metas formuladas para los proyectos de inversión, del cual estimamos en promedio avance físico (magnitud) del 48,26%. Es de precisar que de estas 21 metas ya se encuentran finalizadas o cumplidas 3: "Formular e implementar 1 proyecto de capacitación para la formalización a la población recicladora de oficio"; "Cumplir el 50% de las Obligaciones de hacer para el mejoramiento del estándar del servicio

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

público de aseo" y "Realizar 100% de los operativos de recolección de llantas usadas abandonadas por generador desconocido vía pública".

2.3.1. Así mismo y para la vigencia 2019 se evidencia que la Entidad gerencia 5 metas producto del Plan de Desarrollo vigente, las cuales estimamos un avance promedio del **70,52%**.

2.3.2. Respecto al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, PAAC, se realizó verificación del cumplimiento a 70 actividades programadas, con un resultado en promedio del **62,4%**.

COMPONENTE	ACTIVIDADES POR SUBCOMPONENTE	ACCIONES PREVISTAS	AVANCE
Gestión riesgos de Corrupción	4	4	71,0%
Racionalización de Tramites	1	1	90,0%
Rendición de Cuentas	4	17	26,8%
Atención al Ciudadano	5	12	65,1%
Transparencia y Acceso a la Información	5	13	59,0%
Iniciativas Adicionales	3	23	62,6%
TOTAL	22	70	62,4% PROMEDIO

2.3.2.1. El componente **Gestión de Riesgos de Corrupción**, registra un avance del 71%, equivalente al seguimiento de cuatro (4) actividades. Se observa en términos generales el cumplimiento de dos (2) actividades al 100%; 13 procesos cuentan con riesgos identificados, han sido monitoreados, y cuentan con tres seguimientos.

Las dos (2) actividades restantes obedecen a monitoreos periódicos que se deben realizar por la OAP y verificar la gestión de riesgos por la OCI, evidenciando un avance del 33% por parte de la OAP observando que no se realiza seguimiento y del 50% por la OCI debido a que los dos informes restantes se realizaran uno en septiembre y el otro en noviembre de 2019.

2.3.2.2. El componente **Racionalización de Tramites**, registra un avance del 90%, al logro de una (1) actividad asociada Agendamiento de citas, Radicación virtual, Consulta del estado del trámite y Notificación, la cual debía estar operando en la Ventanilla Única de los Constructores, a partir del mes de junio de 2019. En el seguimiento realizado con corte a junio de 2019, se observa que aún no cuenta con un mecanismo para medir los beneficios que recibirá el usuario por la mejora del trámite.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.3.2.3. El componente Rendición de Cuentas, registra un avance del 26.8%, equivalente al seguimiento de 17 actividades, de las cuales dos (2) dieron cumplimiento del 100% de acuerdo con lo observado en el seguimiento realizado por la OCI, una (1) actividad presenta un avance del 60% , una (1) del 50%, una (1) actividad del 95% y once (11) actividades en cabeza de la OAP y el equipo de rendición de cuentas no presentan seguimiento con avance 0%, de las once (11) actividades una (1) se observa vencida, y diez (10) deben cumplir con el avance en noviembre de 2019.

2.3.2.4. El componente Atención al Ciudadano, registra un avance del 65.1%, equivalente al seguimiento de doce (12) actividades. Se dio cumplimiento a tres (3) actividades con el 100%, Instalar un software para facilitar a la población en condición de discapacidad la presentación de peticiones, quejas, reclamos y/o sugerencias en la Unidad, Elaborar el protocolo para la recepción de denuncias de actos de corrupción y Revisar y actualizar la caracterización de los grupos de interés de la Unidad.

Nueve (9) actividades tienen un avance entre el 33% y el 90%, considerando:

- Se observa un avance del 38% en cuanto a Revisar, actualizar y hacer seguimiento a normograma aplicable a los procesos de la entidad. Esta actividad debe tener seguimiento hasta noviembre de 2019.
- Se observa un avance del 33% para la actividad Divulgar la carta de trato digno a los grupos de interés, la cual se debió cumplir en mayo de 2019.
- Se verifica avance del 50% que corresponde al informe de seguimiento del segundo trimestre del año, para la actividad realizar cuatro (4) seguimientos al cumplimiento de criterios diferenciales de accesibilidad en los canales de atención de la Unidad.
- Para la actividad Verificar la coherencia de la información reportada de los trámites en los diferentes portales de información de trámites a nivel nacional y distrital (Guía de Trámites y Servicios y Mapa Callejero, SUIT y VUC), se observa un avance del 50% de acuerdo con el seguimiento realizado.
- Para la actividad Elaborar una encuesta para medir la percepción de los ciudadanos respecto a la calidad de los servicios que garantiza la unidad, se observa un avance del 70%, esta actividad debió cumplirse en mayo de 2019. Es de aclarar que las áreas misionales realizaron las sugerencia y modificaciones necesarias para la modificación del formato, juntamente con la OAP, la publicación y modificación final está en cabeza de la oficina anteriormente mencionada.

2.3.4.5. El componente Transparencia y Acceso a la Información, registra un avance del 59%, equivalente al seguimiento de trece (13) actividades. Se observa el cumplimiento de cinco (5) actividades al 100%, ocho (8) actividades con un avance entre el 10% y el 90%.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

- Para la actividad Revisar y actualizar el inventario de trámites en el SUIT, se observa un avance del 90%, para esta actividad se debe realizar seguimiento para dar cumplimiento en noviembre de 2019.
- Para la actividad Elaborar y publicar tres (3) informes de seguimiento sobre solicitudes de información pública recibidas en la Unidad, se observa un avance del 20%, para esta actividad se debe realizar seguimiento para dar cumplimiento en noviembre de 2019.
- Se observa un avance del 50% para la actividad Realizar dos (2) seguimientos a las acciones de mejora de los informes de estado de PQRS de las dependencias de la Unidad, para esta actividad se debe realizar seguimiento para dar cumplimiento en noviembre de 2019.
- Se observa un avance del 60 % para la actividad Realizar el seguimiento del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información -PETI de la UAESP, para esta actividad se debe realizar seguimiento para dar cumplimiento en noviembre de 2019.
- Se observa un avance del 66% para la actividad del Realizar seguimiento al cumplimiento de la ley de transparencia, para esta actividad se debe realizar seguimiento para dar cumplimiento en noviembre de 2019.

2.3.4.6. El componente Iniciativas Adicionales, registra un avance del 62.6%, equivalente al seguimiento de veintitrés (23) actividades. Se observan cinco (5) actividad con un avance del 100%, doce (12) actividades con un avance entre el 20% y el 50% y seis (6) actividades que no presentan avance. La actividad Selección de Nuevo equipo de Gestores de Integridad debe cumplirse en septiembre de 2019.

2.3.4.7. Con el fin de validar la anterior información, el pasado 30 de agosto de 2019, se remitió correo electrónico para que los procesos conocieran los resultados de la verificación, definiendo un plazo hasta el 6 de septiembre de los corrientes para presentar nuevas evidencias o avances. Algunos gestores de proceso al respecto se pronunciaron aceptando el contenido de la información, otros no se pronunciaron.

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 veintisiete (27) riesgos de Gestión a nivel institucional. La tabla a continuación detalla por dependencia los riesgos, controles y acciones de mitigación establecidas para los riesgos residuales con corte a primer semestre de 2019:



Informe de auditoría interna

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

DEPENDENCIA - PROCESO	RIESGOS IDENTIFICADOS	CONTROLES ESTABLECIDOS	ACCIONES ESTABLECIDAS (Riesgos Residuales)
OAC	2	4	6
OAP	2	6	6
OTIC	3	12	12
SAF - AC	1	1	2
SAF - GAL	2	6	7
SAF - GD	3	9	10
SAF - GF	3	9	9
SAF - TH	2	3	4
SAL	2	3	3
SAPROV	1	2	3
SDF	2	5	5
SRBL	2	3	5
SSFAP - AP	1	1	1
SSFAP - SF	1	1	1
Total general	27	65	74

La OCI se enfocó en aquellos riesgos que por su calificación tiene alta probabilidad de materialización. La siguiente tabla resume la valoración del riesgo inherente que se clasificó como *extrema* y la valoración riesgo residual clasificada como *alta*.

DEPENDENCIA - PROCESO	RIESGOS INHERENTES <i>Extremo</i>	CONTROLES ESTABLECIDOS	ACCIONES RIESGO RESIDUAL <i>Alto</i>
OAP	1	3	3
OTIC	1	4	4
SAF - GD	1	3	3
SAL	1	2	2
SRBL	1	1	2
Total general	5	13	14

De la tabla anterior se deduce que el 19% de los riesgos identificados actualmente en la UAESP tienen asociados controles que deben ser revisados o replanteados dado que el riesgo que permanece luego de tomar medidas de tratamiento se clasifica como *"Alto"*.

2.4.1. 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:



2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN	
PROCESO	No. de riesgos
Direccionamiento Estratégico	1
Gestión de Comunicaciones	1
Gestión Integral de Residuos Sólidos	3
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	16

- Los procesos de Aprovechamiento, Recolección, Barrido y Limpieza y disposición Final fueron integrados en el Proceso Gestión Integral de Residuos sólidos, donde se observa un riesgo Inherente Extremo, los cuales fueron tratados obteniendo un riesgo residual extremo. Así mismo se observan los procesos Gestión financiera, Gestión Documental, Gestión de Apoyo Logístico, Servicio al Ciudadano y Evaluación Control y Mejora.
- Los procesos Direccionamiento Estratégico y gestión de Comunicaciones tiene cada uno un riesgo Inherente alto, los cuales fueron tratados obteniendo un nivel de riesgo Residual Alto.
- Los procesos Alumbrado Público, Servicios Funerarios, Gestión del Talento Humano, Gestión de Asuntos Legales, Gestión Tecnológica y de la Información tienen un nivel de riesgo Inherente Moderado, que con el tratamiento realizado obtuvieron un nivel de riesgo Residual moderado.

Los procesos han realizado controles a las acciones de mitigación, por lo que se observa un tratamiento a los riesgos lo que ha permitido que no se materialice ningún riesgo.

2.4.2. Se evidencia que esta en proceso la actualización de la metodología de riesgos conforme lineamiento del DAFP, buscando integrar las matrices de riesgos de gestión, corrupción y de informática en un solo documento.

2.5. CONFORMIDAD: ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA. Se evidencia que los procesos verificados toman acciones para controlar las no conformidades y observaciones producto de auditorías internas y externas, propiciando la eliminación de sus posibles causas:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.5.1. Con corte a 30 de junio de 2019 se evidenció en total de 206 acciones, 135 acciones correctivas y 71 acciones de mejora:

- Cerradas: 70
- En proceso (abiertas): 83
- No se ha comunicado tratamiento: 19
- Vencidas en proceso: 34

SUBDIRECCIÓN	ACCIONES DE MEJORA	ACCIONES CORRECTIVAS	ABIERTAS	CERRADAS	VENCIDAS EN PROCESO	SIN INICIAR	TOTAL
OAC	1	7	1	0	6	1	8
OAP	22	33	28	25	0	2	55
RBL	0	13	0	12	1	0	13
SAF	17	30	20	4	13	10	47
SAL	8	12	11	9	0	0	20
SAPROV	1	1	1	0	1	0	2
SDF	15	8	17	2	3	1	23
TIC	2	27	0	17	9	3	29
SSFAP	1	0	0	0	0	1	1
OCI	3	2	3	1	1	0	5
TODOS LOS PROCESOS	0	1	1	0	0	0	1
AREAS MISIONALES	1	1	1	0	0	1	2
TOTAL	71	135	83	70	34	19	206

Lo anterior, conforme al análisis de las evidencias presentadas por cada una de las dependencias en la ejecución de las acciones formuladas, se observa que la dependencia con mayor número de acciones es la Oficina Asesora de Planeación (55), seguida de la Subdirección Administrativa y Financiera (47).

Por último, se evidenció en el análisis, que la Oficina Asesora de Planeación, la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y la Subdirección de Recolección, Barrido y Limpieza, han realizado el seguimiento y cierre de las acciones correspondientes.

2.5.2. Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría de Bogotá. Con corte a 30 de junio de 2019, se observan 98 acciones correctivas, así:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

ESTADO	VIGENCIA					TOTAL
	2016	2017	2018	2019	2020	
INCUMPLIDAS	1	0	0	0	0	1
RECOMENDACIÓN DE CIERRE	0	17	2	34	1	54
VENCIDAS	0	0	0	3	0	3
EN PROCESO	0	0	0	21	18	40
TOTAL	1	17	2	59	19	98

De acuerdo con el seguimiento realizado se evidenció que de las 98 acciones formuladas se recomendó el cierre de 54 acciones, equivalentes al 55.1% ante el ente de control (Contraloría de Bogotá D.C.); continúan abiertas y en proceso 40 acciones equivalentes, al 40.8% del total de acciones.

Es importante precisar que de las 54 acciones en las que se recomendó el cierre, 17 acciones correspondientes al año 2017 de las cuales se evidencia según informe de la Contraloría código 179, PAD 2018, (Radicado UAESP No. 20187000254922 del 23/07/2018), que esas acciones se cerraron conforme con lo descrito en las páginas 31 y 32 de citado informe, sin embargo, en el aplicativo SIVICOF siguen abiertas, razón por la cual y como medida preventiva estas acciones se mantendrán en Plan de Mejoramiento hasta que el ente de control realice la actualización correspondiente en el SIVICOF, dado que le "...corresponde a la Contraloría de Bogotá D.C. incorporar en el Sistema de Rendición de Cuentas, dispuesto por la Contraloría de Bogotá D.C., para tal fin, los hallazgos definitivos comunicados en el informe final de auditoría de regularidad, desempeño, visita de control fiscal y Dictamen a los Estados Contables Consolidados del Sector Público Distrital, Sector Gobierno General y Bogotá D.C., según corresponda...", así como los resultados de "...evaluar, el cumplimiento (eficacia) y la efectividad de las acciones del Plan de Mejoramiento para eliminar la causa (s) que originó los hallazgos detectados en cumplimiento de la vigilancia y control a la gestión fiscal que realiza la Contraloría de Bogotá D.C., mediante auditorías de regularidad, desempeño o visita de control fiscal..." según artículos sexto y décimo segundo de la Resolución Reglamentaria No. 12 de 2018.

3. OBSERVACIONES

3.1. DEBIL ARTICULACIÓN DEL ENFOQUE BASADO EN PROCESOS EN DOCUMENTOS REFERENTES A LA PLANIFICACIÓN. En documento Plan de Acción Institucional - PAI su estructura se basa en dependencias lo que tal vez limita el enfoque basado en procesos, y a una mirada vertical

3. OBSERVACIONES

y transversal de la operación de la Entidad con respecto de las iniciativas, hitos, entregables, proyectos de inversión y metas plan de desarrollo versus procesos y servicios de la UAESP.

3.1.1. El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, PAAC, es formulado en virtud de la estructura del organigrama; grupos de trabajo, algunos no conocidos por todos (Ejemplo: "Equipo rendición de cuentas") y para dos (2) actividades en virtud del enfoque de procesos ("revisar los riesgos de corrupción; y "revisar, actualizar y hacer seguimiento al normograma aplicable a los procesos de la entidad").

Al verificar otras actividades están podrían formularse desde un enfoque del proceso, por ejemplo, para las siguientes actividades: i) "Elaborar los procedimientos y protocolos que soportan el proceso de Servicio al Ciudadano de la Unidad"; ii) "Divulgar la carta de trato digno a los grupos de interés"; iii) "Elaborar una encuesta para medir la percepción de los ciudadanos respecto a la calidad de los servicios que garantiza la unidad". Estas están formuladas desde un enfoque funcional (área/dependencia) y no de procesos, limitando, tal vez, la toma de conciencia y relación con las "cadenas de valor" y "mapas relacionales".

3.1.2. Los planes de mejoramiento están contruidos y definidos para que se identifiquen por área funcional y no por proceso, limitando el enfoque basado en procesos.

3.2. DEBILIDADES EN FORMULACIÓN. Se observa en el Plan de Acción Institucional - PAI que algunas actividades no son claras a la lectura, lo que podrían dar lugar a interpretaciones inequívocas, por ejemplo:

- El hito "adelantar los procesos requeridos para contratar la ejecución de las actividades contratadas", puede leerse que se va a contratar lo contratado. Al leer el entregable, este describe "Informes del prestador del servicio", lo que tal vez pierde coherencia con el hito formulado.
- Se observa el hito "Cumplir con las actividades asociadas al plan de gestión social", y el entregable refiere a "Convenios firmados", lo que, a la lectura, permite considerar que con la suscripción de convenios es suficiente para conocer el cumplimiento de actividades del Plan de Gestión Social, lo cual sería coherente si las actividades del plan refieran solamente a firmar convenios, sin embargo, daría cuenta de un plan limitado a medios o no fines.
- El hito "Oportunidad del trámite de los subsidios solitados" (SIC) hace referencia al entregable "Informes de ejecución de los recursos del programa de subsidios", lo que tal vez a la lectura pierde coherencia entre la oportunidad y el informe sobre recursos, no obstante, tendría coherencia si el informe considerara en la ejecución de recursos el tiempo, y en este, a su vez referenciara una línea base, para concluir que el trámite es oportuno en los Informes de ejecución de los recursos respectivos.

3.2.1. Así mismo, al comparar logros basados en reportes SEGPLAN y PAI se evidencia debilidades de articulación, por ejemplo: para la meta proyecto de inversión "Implementar el 100 % del plan de

3. OBSERVACIONES

fortalecimiento y formalización a la población recicladora de oficio se presentan evidencias asociadas con 15 capacitaciones a 180 organizaciones de recicladores en los siguientes temas: *Estructura su Plan de Negocios BEPS, Salud en el trabajo EPS y Sisbén, educación financiera, sistema tributario, contabilidad para asociaciones, sistema de régimen tributario*. No obstante, al comparar el avance en el PAI, con el hito *“Implementar el 30% del Plan de capacitación de acuerdo con plan de fortalecimiento”* relacionada con la Iniciativa *“Promover el fortalecimiento empresarial para las organizaciones de recicladores”* se observa que en el mes de julio se tiene programado el 50%, pero hasta ese mes se evidenciará avances, según resultados de verificación.

3.2.2. En el ejercicio de formulación, se observa la técnica para estimar el porcentaje de programación de avance en el PAI, al parecer obedeció del ejercicio de dividir un 100 por ciento en doceavas, que para muchos de los casos no aplicaría, por ejemplo:

- Para el hito *“Ejecución del plan de supervisión y control del servicio el servicio de aseo”* se planifico como entregable *“12 informes de supervisión y control”*, razón por la cual, la técnica es aplicable, pero no, tal vez, para el hito *“Contar con el plan de supervisión y control del servicio de aseo”* cuyo entregable es *“Plan de supervisión”*, el cual, es susceptible a actualización, pero consideramos que este último entregable citado debería tenerse en un 100% en el primer bimestre, sin embargo, se programó bajo el ejercicio de dividir un 100 por ciento en doceavas, es decir: el Plan se tendrá para final de año, según programación. En auditoría se evidencia Plan y se reconoció, según auditoría, un 100% de avance a pesar de la programación.
- El hito *“Iniciar trámite de licencia ambiental para optimización del RSDJ”* se estimó bajo la técnica de dividir un 100 por ciento en doceavas, el entregable describe *“Trámite gestionado formalmente”*, al verificar los avances estos refieren a gestiones internas que tal vez no dan cuenta a la estimación programada mensual del 8%, según PAI, el cual tampoco coincide técnicamente a la argumentación recopilada durante visita de auditoría.

3.2.3. Además de lo anterior, para algunos casos preocupa los débiles argumentos al momento de solicitar demostrar la técnica de estimación respecto del avance de gestión o del entregable planificado, según programación en el PAI.

3.3. DEBILIDADES EN LA PRESENTACIÓN DE RESULTADOS CONSOLIDADOS DEL PAI. Se evidencia que durante las visitas de auditoría las dependencias dan cuenta de los resultados y avances y envíos de reportes a la Oficina Asesora de Planeación, sin embargo, no se evidenció la presentación de resultados y avances de forma consolidada, por ejemplo, con corte al primer semestre de 2019, que dé cuenta a todos los procesos de la UAESP de los logros alcanzados como Entidad. No obstante, se evidenció la presentación y envío de avances de metas proyecto de inversión y Plan de Desarrollo en el aplicativo SEGPLAN, cuyo destinatario es la Secretaría de Planeación Distrital.

Sin embargo, luego de auditoría se publicó en página web resultados de avances con corte al mes de julio de 2019. Al verificar algunos hitos, se observa registro de avances según programación, pero en algunos registros cuantitativos, no se observa el *“% de ejecución”*, por ejemplo: el hito *“Procesos de obra ejecutados”* referentes a la meta *“Cumplir las intervenciones programadas y viabilizadas frente a*

3. OBSERVACIONES

la revitalización de los cementerios de propiedad del distrito, particularmente del Cementerio Central" no se registró para el mes de julio; así como para el hito "Instalación de 20.000 Luminarias en el trimestre de Mayo y Julio , con el cumplimiento estricto de los contratos asociados" de la meta "Instalación de 60.000 bombillas de tecnología LED y/o CMH instaladas y la actualización de 200 parques" para el mes de julio. (<http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/PLAN%20DE%20ACCIO%CC%81N%20MATRIZ%20DE%20F.%202019%20CARGUEV1%20%281%29%20%20%20PUBLICAR.xlsx>).

3.4. ACTIVIDADES ATRASADAS EN EL PAAC. Se observa según programación cerca de 70 actividades previstas relacionadas con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, PAAC, sin embargo, se evidencian las siguientes actividades atrasadas, así:

- Se observa un avance del 50% en cuanto a la elaboración de los procedimientos y protocolos que soportan el proceso de Servicio al Ciudadano de la Unidad. Esta actividad debió cumplirse en junio de 2019.
- Se verifica avance del 50% que corresponde a la elaboración y divulgación del Plan de Acción de la Política Pública Distrital de Servicio al Ciudadano, la cual se debió cumplir en junio de 2019.
- Para la actividad Realizar actividades de divulgación a los funcionarios y grupos de interés del proceso de Servicio al ciudadano se observa un seguimiento del del 50%. Esta actividad debió cumplirse en julio de 2019.
- Para la actividad Elaborar una encuesta de satisfacción ciudadana para medir los criterios de calidad del servicio relacionados con las PQRS, se observa un avance del 90%, esta actividad se debió cumplir en junio de 2019.
- Para la actividad Elaborar el protocolo o lineamiento correspondiente para la publicación de los contenidos dentro de la página web, se observa un avance del 50%, esta actividad debió cumplirse en el mes de abril de 2019.
- Para la actividad Realizar una encuesta para conocer la percepción de los ciudadanos frente a la información publicada en la página web de la Unidad, se observa un avance del 30%, esta actividad debió cumplirse en mayo de 2019.
- Para la actividad Identificar la necesidad de información que requiere conocer la ciudadanía frente a los servicios que garantiza la Unidad, se observa un avance del 10%, esta actividad debió cumplirse en junio de 2019.
- La actividad Elaborar informes de seguimiento al plan de acción de participación ciudadana con 0% de avance, se debió cumplir en abril de 2019.

3. OBSERVACIONES

- La actividad Preparar a los gestores de integridad para iniciar la ruta de la integridad en la entidad, generando capacidades personales e institucionales que permitan construir una cultura de integridad, debió cumplirse en febrero de 2019 y la actividad Curso de Integridad "Secretaría General Alcaldía Mayor de Bogotá" realizado por Gestores de Integridad, se debió cumplir en febrero de 2019.
- Para la actividad Curso de Integridad "Secretaría General Alcaldía Mayor de Bogotá" realizado por Gestores de Integridad se observa un avance 0%, para esta actividad no se observa fecha de cumplimiento.
- La actividad Revisión del Código de Integridad y de ser necesario hacer ajuste al mismo no presenta avance 0% y debió cumplirse en febrero de 2019.
- La actividad Encuesta virtual conocimiento del Código de Integridad no presenta avance y debió cumplirse en febrero de 2019.

3.5. DEBILIDADES EN LA DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES DE CONTROL FRENTE A LA GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES. Considerando que se está actualizando la metodología y procedimiento frente a la gestión de riesgos, producto de las visitas se evidencian debilidades por parte de las dependencias entre otras, se resaltan las siguientes:

- El 47,2% de las acciones de mitigación tiene inconsistencias entre las fechas establecidas para su ejecución y el periodo en el cual se realiza el seguimiento.
- Se observan siete (7) acciones de mitigación, (5) para SRBL y dos (2) para SDF las cuales se han marcado en el seguimiento como acciones finalizadas (en algunos casos dos vigencias).
- No es claro el establecimiento de un plan de contingencia que contemple las actividades a desarrollar ante una materialización de los riesgos residuales, en especial, de aquellos que según última medición vigente, de una valoración de riesgo extremo pasan a un riesgo residual alto.
- Se observa que la OAP identificó el riesgo "*Incumplimiento de los requisitos de las normas que hacen parte del Modelo de Transformación Organizacional*" para el cual se establecieron dos (2) controles "*Implementación de la herramienta Kawak*" y "*Realizar Backups*" respectivamente, deben ser replanteados dado que la herramienta "KAWAK" según lo informado por la OAP no está en funcionamiento y no se proyecta renovar su licenciamiento.

3. OBSERVACIONES

3.5.1. No se observa en los procesos auditados acciones para abordar oportunidades en virtud de los servicios de la Entidad, razón por la cual es necesario escalar la verificación en el proceso de direccionamiento estratégico, tal vez, esperando motivaciones sobre la actualización de la metodología que está en proceso de implementación.

3.6. DEBILIDAD EN GESTIONAR LAS ACCIONES CORRECTIVAS. El proceso Evaluación y Mejora consolida la información referente a las acciones correctivas, y con atención en las auditorías internas se evidencian debilidades en la consolidación de las acciones y publicación de éstas (tercera línea de defensa). Los procesos, al igual no cuentan con controles adecuados que permitan conocer las acciones correctivas, dado que dependen la consolidación del proceso de Evaluación y Mejora realice, y de esta manera dar cuenta de estas, lo que dificultó la labor de verificación (primera línea de defensa).

Por otro lado, se observa, por ejemplo, que en SAF cuenta con el mayor número de acciones vencidas en proceso (13) y se evidenciaron 10 acciones sin documentación de tratamiento, lo cual evidencia debilidades de seguimiento a los hallazgos producto de Auditorías Internas, dado que al parecer dependen del seguimiento que realice el proceso Evaluación y Mejora.

3.6.1. Se observan tres (3) acciones vencidas con el número de hallazgo correspondiente:

No.	VIGENCIA	CODIGO AUDITORIA	No. HALLAZGO	CODIGO ACCION	AREA RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ESTADO AUDITOR CONTRALORIA DE BOGOTA D.C (SIVICOF)
22	2018	179	3.1.1.1	1	OFICINA DE TECNOLOGIA DE LA INFORMACION Y COMUNICACIONES	2018-07-24	2019-07-22	ABIERTA
45	2018	179	3.3.1.1	1	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - TALENTO HUMANO	2018-07-24	2019-07-22	ABIERTA
50	2018	179	3.3.1.5	1	SUBDIRECCION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA-CONTABILIDAD	2018-07-24	2019-07-22	ABIERTA

- La acción 1 correspondiente al hallazgo 3.1.1.1. continúa abierta y vencida debido a que se debió cerrar a más tardar el 22/07/2019; la acción formulada es "diseñar y publicar instructivo en materia de protección de datos digitales referentes a los entregables de los contratistas, para que cuenten con las seguridades de que no sean alterados o modificados", a la fecha no se ha

3. OBSERVACIONES

publicado el instructivo y el indicador establecido no está totalmente alineado con la descripción de las acciones para dar tratamiento al hallazgo.

- La acción 2 correspondiente al hallazgo 3.3.1.1. continúa abierta y vencida debido a que se debió cerrar a más tardar el 22/07/2019; la acción formulada para este hallazgo es "*señalar los lineamientos y fijar los plazos y trámites para la radicación de las incapacidades por parte de los funcionarios y la presentación de las incapacidades ante las eps para que efectúen los pagos a que haya lugar*", Talento humano no ha realizado el seguimiento a la acción para el segundo trimestre, razón por la cual no se logró evidenciar acciones concretas.
- La acción 1 correspondiente al hallazgo 3.3.1.5. continúa abierta y vencida debido a que se debió cerrar a más tardar el 22/07/2019; la acción formulada para este hallazgo es "*enviar comunicaciones en los términos establecidos por la contaduría general de la nación para conciliar las operaciones recíprocas con EAB, ICBF, SENA, Foncep, Positiva, Canal Capital, Universidad Distrital, Unidad administrativa Especial de Catastro y Aguas Bogotá*", esta acción tiene un cumplimiento del 90% debido a que falta evidenciar el comunicado ante el SENA.

Por otra parte, se observa el hallazgo 3.6.4. del código de auditoría 228 vigencia 2015 a cargo de la Subdirección de Recolección, Barrido y Limpieza, quien en seguimiento de fecha 30 de junio de 2019 informa que se encuentran en espera de recibir respuesta por parte de la Subdirección de Asuntos Legales, por lo que, según Contraloría de Bogotá, fue decretada como incumplida, y como medida preventiva esta acción se mantendrá en Plan de Mejoramiento hasta que el ente de control realice la actualización correspondiente en el SIVICOF.

3.7. DEBILIDADES EN PLANIFICACIÓN CONTRACTUAL. Al verificar conforme con lo publicado en la plataforma SECOP II, se evidencian a la fecha 49 versiones al Plan Anual de Adquisiciones (PAA): el mes con mayores modificaciones ha sido hasta el momento enero el cual posee 18. Así mismo la programación establecida en el PAA por todos los procesos o dependencias fue de 599 contratos y la ejecución total es de 542 procesos contractuales. Se observó, por ejemplo, que según PAA, la Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público – SSFAP programó 46 objetos contractuales, pero al verificar en sitio, se evidenciaron 55 procesos contractuales, es decir, un índice mayor de lo programado.

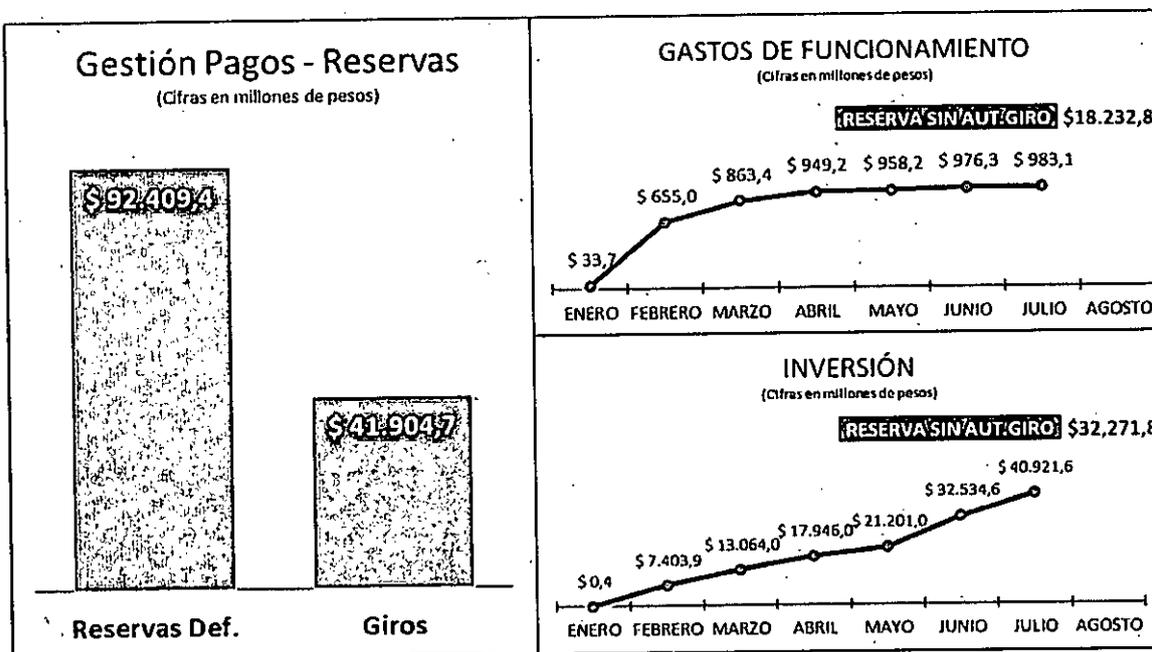
3.8. GESTIÓN DE PAGOS DE VIGENCIAS ANTERIORES A 2019. Resultado de verificar las reservas presupuestales y pasivos exigibles, se evidenció:

3.8.1. Los compromisos vigencia 2018 pendientes de pago ascienden a \$ 92.409,4 millones luego de que se anularan pagos cercanos a \$ 1.630,7 millones. A julio de 2019, **se han gestionado el 45,3%** del total de los compromisos 2018 con pagos pendientes (Reservas), entre los que se destacan en menor porcentaje de giro, los siguientes principales rubros:

3. OBSERVACIONES

MENOS DEL 30% DE GIROS	ENTRE EL 31% Y 50% DE GIROS
Materiales y Suministros: 0% Servicios Públicos: 0% Capacitación: 0% Salud Ocupacional: 0% Impuestos, Tasas, Contribuciones, Derechos y Multas: 0% Servicio de Alumbrado Público: 0.54%	Adquisición de Bienes: 37,45% Bienestar e Incentivos: 32,39%

Los proyectos de inversión 1048 y 1109 presentan giros menores al 55%, los demás están por encima del 82% de giros.



3.8.2. Según base de datos suministrada por la Entidad, con corte al 30 de junio de 2019, se evidencia 237 compromisos con saldos fenecidos equivalentes a \$8.790,2 millones. Al verificar la gestión realizada se evidencia que existen algunas dependencias que han gestionado la exigibilidad o no, sin embargo, queda un saldo por gestionar equivalente a \$ 4.386,7 millones, de los cuales habrá que priorizar de aquellos que durante la vigencia se pierda competencia para liquidar.

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

No.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
N.A.	No se evidencia incumplimiento a requisitos verificados.	

5. CONCLUSIONES

5.1. La UAESP planifica acciones para ejecutar los objetivos institucionales, designa roles y recursos para su ejecución. Los documentos de planificación evidenciados permiten verificar la articulación entre objetivos estratégicos, metas proyecto de inversión, iniciativas y planes de acción obligatorios según Decreto 612 de 2018. No obstante, el enfoque de procesos puede verse disminuido porque algunos documentos de planificación se formulan desde una lógica de organigrama, cuando podría realizarse bajo el enfoque de procesos, en virtud del mapa relacional y cadenas de valor establecidas en la Unidad.

Así mismo, existen debilidades en la formulación de algunas acciones en virtud del marco de coherencia que debe existir en la lectura vertical de las acciones planificadas, por ejemplo, en el PAI, respecto de leer la iniciativa, la meta, el hito, y el entregable. Así mismo, a la débil argumentación frente a la programación cuantitativa de algunas actividades del PAI.

A pesar de lo anterior, se demuestra elementos de control asociadas con la Dimensión de Direccionamiento Estratégico según MIPG; de actividades de control y monitoreo según MECI; y de acciones asociadas con el numeral 6.2.2 de la NTC ISO 9001:2015.

5.2. Los procesos gestionan los riesgos, metodología que está en proceso de actualización según nuevos lineamientos de organismos rectores (DAFP). Sin embargo, consideramos una débil documentación de la actual gestión de riesgos, dado que no se conoce la consolidación de las matrices de riesgos y de los prioritarios, acciones de mitigación finalizadas en vigencias anteriores o incumplidas. No obstante, los responsables de los procesos aseguran que los riesgos no se han materializado.

De acuerdo con lo anterior, se evidencia acciones para abordar riesgos (Numeral 6.1 de la NTC ISO 9001:2015), Evaluación del Riesgo, actividades de control y monitoreo según MECI; sin embargo, se deberá en próxima auditoría evidencia acciones para tratar oportunidades conforme a la NTC ISO 9001:

5.3. Los procesos documentan los avances de las acciones planificadas, permitiendo observar acciones con avances según programación, así como de las atrasadas y recursos pendientes de gestión. Al respecto, es importante seguir fortaleciendo los elementos de control frente a la Evaluación de Resultados desde los procesos (primera línea de defensa) y el rol de consolidador y validador (segunda línea de defensa); es decir, que permitan ajustarse en tiempo real; plantear nuevas acciones en virtud de los análisis de resultados obtenidos, por ejemplo, con respecto de los avances en el PAI; acciones descritas en el Plan de Mejoramiento, y acciones de mitigación relacionada con los riesgos.

5. CONCLUSIONES

5.4. Se evidencian acciones correctivas y de mejora, que permiten propiciar mejoras del sistema de gestión de la UAESP. No obstante, se evidenció debilidad de consolidación de las acciones, duplicidad de matrices e información. En algunos casos, acciones no gestionadas o sin suficiente evidencia para gestionar cierre o verificar avance.

No obstante, se logra demostrar que los procesos reaccionan en la identificación de causas para formular correcciones, acciones de correctivas y atender recomendaciones a razón de posibles acciones de mejora, conforme a lo descrito en el numeral 10.2 de la NTC ISO 9001:2015, evaluación de resultados según MIPG y elementos de control del componente actividades de control y Monitoreo según MECI.

6. RECOMENDACIONES

6.1. Continuar con acciones planificadas y programadas, ajustar documentos de planificación frente acciones atrasadas y con debilidades en formulación, facilitando la lectura vertical, asegurando que todos los planes descritos en el Decreto 612 de 2018 estén articulados en el PAI, y logrando vincular una mirada desde el proceso y producto/servicios, delimitando roles y responsables claros.

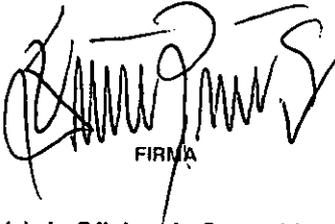
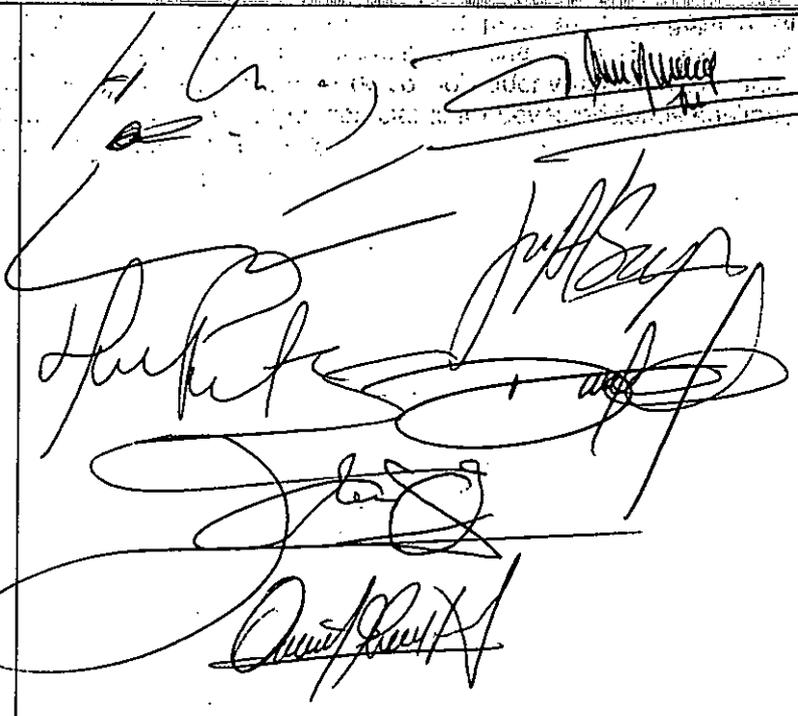
6.2. Continuar con la gestión de los recursos, con especial atención respecto de las vigencias anteriores (Reservas y posibles pasivos exigibles).

6.3. Realizar el tratamiento y seguimiento correspondiente a los hallazgos de las Auditorías internas y/o externas, previniendo el vencimiento o posible incumplimiento.

6.4. Mejorar controles y mecanismos de consolidación de documentos relacionados con la gestión de riesgos y Plan de Mejoramiento, así como establecer ciclos de presentación de resultados consolidados del PAI que realimenten el ejercicio de verificación de los procesos.

6.5. Incluir en la metodología de gestión de riesgos, elementos de entrada en virtud de los resultados de evaluación, así como de las acciones para determinar y abordar oportunidades en la UAESP. Se recomienda en próxima auditoría, verificar acciones desde el rol de implementador de la metodología.

6.6. Abordar la metodología de las tres líneas de defensa, que fortalezcan la autoevaluación del proceso, la realimentación que realiza la Oficina Asesora de Planeación, para luego considerar la evaluación y/o auditoría frente a labores de verificación de documentos sobre la planificación.

APROBACIÓN:	
 FIRMA Jefe(a) de Oficina de Control Interno	 FIRMA(S) Auditor(es) Interno(s)
FECHA ⁴ : 09 - SEPTIEMBRE - 2019	

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