

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100006093**

Página 1 de 1

Bogotá D.C., 05 de febrero de 2021

PARA: LUZ AMANDA CAMACHO SÁNCHEZ (Dirección General)
Dirección General

DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO: Informe de Auditoría al Sistema de Gestión - UAESP

Respetada Dra. Luz Amanda:

La Oficina de Control Interno – OCI, en marco de sus competencias normativas establecidas en la Ley 87 de 1993, el Decreto 648 de 2017 y las directrices del Sistema Integrado de Gestión, se permite remitir el informe preliminar de Auditoría Interna al Sistema de Gestión de la UAESP a 31 de diciembre de 2020, el cual se realizó en el marco del Plan Anual de Auditoría de la Oficina de Control Interno, aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno de la entidad, para la vigencia 2021.

Por lo anterior, la OCI, adicionalmente a su labor de evaluación, se permite realizar recomendaciones que podrán ser tenidas en cuenta para la toma de decisiones, el logro de sus objetivos misionales y la mejora de su proceso/dependencia.

Sea esta la oportunidad para reiterar el compromiso y el acompañamiento que pueda ofrecer la Oficina de Control interno para la mejora de los procesos de la entidad.

Cualquier aclaración o información adicional estaremos prestos a atenderla,

Cordialmente,

ANDRÉS PABÓN SALAMANCA

Jefe Oficina de Control Interno

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

Anexos: Informe de Auditoría al Sistema de Gestión – UAESP

Informados: Carlos Arturo Quintana Astro, Subdirector de Asuntos Legales
Rubén Darío Perilla Cárdenas, Subdirector Administrativo y Financiero
Hermes Humberto Forero Moreno, Subdirector técnico- Recolección, Barrido y Limpieza
Ingrid Lisbeth Ramírez Moreno, Subdirectora de Servicios Funerarios y Alumbrado Público
Juan Camilo Amado Velandia, Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones y Relaciones Interinstitucionales
Francisco José Ayala Sanmiguel - Jefe de Oficina Asesora de Planeación

Elaboró: Oscar Javier Hernández Serrano, PE 222-24

Informe de auditoría interna

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			
PROCESO, PROCEDIMIENTO, Y/O DEPENDENCIA	Direccionamiento Estratégico, Gestión Integral de Residuos, Gestión de las Comunicaciones, Gestión del Talento Humano, Servicio al Ciudadano y Servicios Funerarios.			
AUDITADOS	Líderes de Proceso y/o enlaces designados			
OBJETIVO	Verificar del estado del sistema de gestión de la Unidad, de acuerdo con los resultados de última verificación, realizando priorización de aspectos críticos			
ALCANCE	Corte 31 de diciembre de 2020			
PERIODO DE EJECUCIÓN	Del 13/01/2020 al 12/02/2021			
EQUIPO AUDITOR	Oscar Javier Hernández Serrano			
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA ⁽⁴⁾	<p>Instrumento Evaluación anterior 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?t=1588201893877</p> <ul style="list-style-type: none"> ·Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG ·Modelo Estándar de Control interno – MECI <p style="text-align: center;">- Proceso Direccionamiento Estratégico:</p> <p>Reunión Teams 1: https://web.microsoftstream.com/video/c67a380c-c49d-4b2d-ae77-0a2179cb4af0</p> <p>Reunión Teams 2: https://web.microsoftstream.com/video/938b58b8-8984-493f-ac26-f18f40d42d6e</p> <p>Actas Comité de Gestión y Desempeño 2020: Correo electrónico 25-01-2020</p>			

Informe de auditoría interna

	<p>Gestión propuesta de actualización de la política de administración del riesgo.</p> <p>Actas Comité Institucional de Coordinación de Control Interno - 2020.</p> <ul style="list-style-type: none">- Proceso de Gestión Integral de Residuos: https://web.microsoftstream.com/video/2f2f049e-c592-4e44-958a-bc0f7fc6137d <p>Actas Comité Primario: https://uaespd-my.sharepoint.com/:f/r/person/martha_olaya_uaesp_gov_co/Documents/ACTAS%20COMIT%C3%89S%20PRIMARIOS/COMIT%C3%89S%20PRIMARIOS%202020/SRBL?csf=1&web=1&e=ZOym77</p> <ul style="list-style-type: none">- Proceso Gestión de las Comunicaciones: Reunión Teams: https://web.microsoftstream.com/video/f87778d3-dab8-431e-ab69-9edf2f2c3277 <p>Actas Comité Primario y Consejo de Redacción; Correo electrónico 26-01-2020 – Sara – Gabriela Ortega</p> <ul style="list-style-type: none">- Proceso Gestión del Talento Humano: Reunión teams: https://web.microsoftstream.com/video/f1300d6d-c2b5-4a1e-aa9f-83e2218a28e9 <p>Acciones divulgación Integridad : https://uaespd-my.sharepoint.com/:f/g/person/johanna_mendez_uaesp_gov_co/EvbNwrTdXeIFub1jzPEav2oBnZGa30OqND2db1K0Qhp0yw?e=rpuuTy</p> <ul style="list-style-type: none">- Proceso Servicios Funerarios Reunión Teams: https://web.microsoftstream.com/video/0eeb2da9-cfaf-423a-9597-72b70563d73c <p>Actas Comité Primario: julio – agosto - octubre y diciembre: correo electrónico 25-01-2020.</p> <p>http://www.uaesp.gov.co/content/informes-supervision-y-control-servicios-funerarios Informes de Supervisión.</p> <ul style="list-style-type: none">- Proceso Servicio al Ciudadano: Reunión Teams: https://web.microsoftstream.com/video/79cd9043-4b8b-426a-9941-7a1675fcb1c2
--	--

Reporte resultado del indicador de cumplimiento en la calidad de las respuestas y el manejo del sistema distrital para la gestión de peticiones ciudadanas con corte a 30 de noviembre y acumulado 2020.

- (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 2021 se planificó verificar la eficacia del Sistema de Gestión operante en la UAESP, considerando el Modelo Estándar de Control Interno - MECI, y la iniciativa de Auditorías Internas con enfoque integrado realizados en la Entidad, por lo tanto, se preparó, planificó y ejecutó el presente ejercicio de evaluación con los siguientes resultados, así:

- a. La base metodológica y de calificación se basa en los lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, respecto al formato "Informe Semestral del Sistema de Control Interno, link:

<https://www.funcionpublica.gov.co/documents/418537/36216034/Formato-informe-sci-parametrizado-final.rar/a03f3d25-bb51-20c8-1eee-dff7a4c1c07c?t=1588201893877>.

Conforme a este, se realizaron las siguientes verificaciones:

- Revisión de 60/159 preguntas contenidas en el formato, determinando la articulación con los componentes del MECI, MIPG y NTC - ISO 9001:2015, las cuales son el resultado de priorizar los lineamientos cuyo resultado para la vigencia 2020, se catalogaron como "observación" y "no conforme", conforme con resultados presentados a junio de 2020.
- Es de precisar que, el documento total (Anexo 2) cuenta con 159 aspectos de base a evaluar y calificarse y la relación con los modelos de gestión es 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.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

- **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 MIPG		Convenciones MECI	
DTH	Talento Humano	AC	Ambiente de Control
DDE	Direccionamiento Estratégico	AR	Administración de Riesgos
DGVR	Gestión con Valores para Resultados	Act. C	Actividades de Control
DER	Evaluación de Resultados	IC	Información y Control
DIC	Información y Comunicación	M	Actividades de Monitoreo
DGC	Gestión del conocimiento y la innovación		
DCI	Control Interno		

- 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. Nota: Entiéndase " diseñada" como aquella actividad que cuenta con un responsable(s), periodicidad (cada cuanto se realiza), pero no implementada (objetivo). Como se lleva a cabo (procedimiento), qué pasa con las desviaciones y/o excepciones (producto de su ejecución) y cuenta con evidencia.	1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.
		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.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

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

Clasificación	Descripción	Observaciones del Control
Mantenimiento del Control 1	Quando 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	Quando 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	Quando 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 0,25 (Diseño y Ejecución)	Quando 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 está funcionando, lo que hace que se requieran acciones dirigidas a fortalecer su diseño y puesta en marcha

- Análisis de la documentación publicada en dirección virtual destinada para el SIG (Micrositio SIG), resultados de Auditorías de la vigencia 2020, con especial atención en el informe semestral del Sistema de Control Interno generado por la Oficina de Control Interno durante el pasado mes de julio de 2020.
- Ejecución de reuniones en plataforma Teams, según planificación y concertación con los líderes y equipos de trabajo de los procesos.
 - Proceso de Direccionamiento Estratégico
 - Gestión del talento Humano
 - Gestión Integral de Residuos
 - Gestión de las Comunicaciones
 - Servicios Funerarios
 - Servicio al Ciudadano
- Análisis de información aportada por las áreas 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 auditor.

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

- Listas de verificación, evidencias y otros papeles de trabajo digitalizados en carpeta virtual en SharePoint
- Realización de mesas de trabajo con el jefe de la Oficina de Control Interno para aclaración y definición de dudas frente hallazgos de auditoría, procedimientos a seguir y definición de acuerdos sobre observaciones de auditoría
- 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:

- Auditoría bajo modalidad de trabajo en casa, limitando 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 con los líderes de procesos y gestores MIPG.
- Falta de información que pudiese haber aportado la Subdirección Administrativa y Financiera -SAF, por cuanto no ha sido posible verificar el cumplimiento de las disposiciones de la Resolución UAESP 313-2020, en relación con las actas del Comité Primario para la vigencia 2020. Lo anterior, a pesar de requerimientos escritos a través de memorandos y correos electrónicos.
- Desconocimiento de la cultura organizacional de la UAESP por parte del auditor designado, teniendo en cuenta su reciente vinculación a la Entidad.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

1.1. RESULTADO GENERAL. Del ejercicio auditor adelantado en la vigencia 2020, producto de la evaluación de 159 lineamientos, se obtuvieron un total de 87 conformes, 64 observaciones y 8 no conformes.

Al respecto, se toma muestra de 52 observaciones y 8 no conformidades de los procesos de: Direccionamiento Estratégico, Gestión de las Comunicaciones, Gestión Integral de Residuos, Servicio al Ciudadano, Servicios Funerarios y Gestión del Talento Humano. Resultado del ejercicio

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

de evaluación a las “observaciones” y “no conformes”, se obtienen las siguientes variaciones:

	MUESTRA DE JUNIO 2020	RESULTADOS DICIEMBRE 2020	VARIACIÓN
OBSERVACIONES	52	35	-17
NO CONFORME	8	5	-3
CONFORME	N.A.	20	+20

Nota: Variación de Lineamientos para los 6 procesos, elaboración OCI.

Se observa que de los 60 lineamientos verificados, y en anterior evaluación considerados como “observación” y “no conforme” respecto de seis (6) procesos priorizados en el presente seguimiento, es evidente la disminución significativa de observaciones (-17), no conformes (-3) y el aumento de conformes (+20).

Así las cosas, se evidencian cambios positivos de acuerdo con las actividades adelantadas al interior de cada proceso así:

RESULTADOS OBTENIDOS – COMPARADOS

	JUNIO 2020			DICIEMBRE 2020		
	CONFORME	OBSERVACIÓN	NO CONFORME	CONFORME	OBSERVACIÓN	NO CONFORME
Direccionamiento y Planeación	6	24	3	7	18	2
Gestión del Talento Humano	5	3	3	1	2	3
Servicio al Ciudadano	1	3	1	3	1	-
Gestión de las Comunicaciones	15	4	-	3	1	-
Gestión Integral de Residuos	5	13	1	4	10	-
Servicios Funerarios	17	5	-	2	3	-
TOTAL	49	52	8	20	35	5
		MUESTRA SELECCIONADA				

Fuente: Elaboración propia – OCI

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Como se evidencia en la tabla anterior, es posible evidenciar alineación de lineamientos según criterios, toda vez que, al analizar los cambios, se da cuenta de acciones de documentación, fortalecimiento de controles y la expedición de nuevas reglamentaciones que permiten mejorar entre otros el ambiente de control y las actividades de control.

- Entre los avances se destaca la expedición de la Resolución UAESP 313 de 2020, *Por medio de la cual se establecen las instancias de operacionalización del Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno en la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, y se define otros lineamientos.*

Dentro de esta misma, se logró acompañar y apoyar el manual de funciones de la entidad, al realizar una segregación de responsabilidades e instancias que deben permitir madurar el Sistema de gestión bajo el esquema de líneas de defensa.

- Se encuentra en construcción el Manual MIPG, en donde se espera que sean incluidas las líneas de reporte específicas para los temas críticos o prioritarios que establezca la administración de la entidad.

1.2. ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN “PRESENTE”. Conforme las observaciones anteriores, se procede a evaluar la variable “PRESENTE” con el fin de determinar el estado de final de esta variable en el mes de julio de 2020 comparada con los resultados a diciembre de la vigencia, obteniendo:

RESULTADOS PRIMER SEMESTRE 2020		RESULTADOS SEGUNDO SEMESTRE 2020	
3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	44	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	50
2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	12	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	9
1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento	4	1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento	1
TOTAL	60	TOTAL	60

Fuente: Elaboración propia OCI – Anexo 2

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Lo anterior, significa que:

- Incrementó de seis (6), los lineamientos que se encuentran diseñados, documentados y socializados de acuerdo con el requerimiento, entre los que se destacan; la definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa.
- Disminución de tres (3), los lineamientos que, aunque están diseñados o en diseño, no se encuentra documentados.
- Disminución de tres (3), los lineamientos que no tenían actividades diseñadas para cubrir satisfactoriamente, como lo son la legitimización de las líneas de defensa y la segregación de funciones y roles, y líneas de reporte, los cuales se reorganizan a través de la estructuración y puesta en marcha de la Resolución 313 de 2020.

1.3. ELEMENTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN “FUNCIONANDO”. Conforme las observaciones anteriores, se procede a evaluar la variable “FUNCIONANDO” con el fin de determinar el estado de final de esta variable en el mes de julio de 2020 comparada con los resultados a diciembre de la vigencia, obteniendo:

RESULTADOS PRIMER SEMESTRE 2020		RESULTADOS SEGUNDO SEMESTRE 2020	
3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	1	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	21
2 - El control opera como está diseñado, pero con algunas falencias	54	2 - El control opera como está diseñado, pero con algunas falencias	34
1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	5	1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	5
TOTAL	60	TOTAL	60

Fuente: Elaboración propia OCI – Anexo 2

Lo anterior, significa que:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

- Incrementó de veinte (20), lineamientos que se encuentran diseñados, documentados y socializados de acuerdo con el requerimiento, entre los que se destacan; las acciones de divulgación en compañía de la Alta Dirección para el manejo y asimilación del Código de Integridad, definición de líneas de reporte bajo el esquema de líneas de defensa, la evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo, las identificaciones de materializaciones de riesgos, el diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), el cual se integra de forma adecuada a la estructura de control de la entidad.
- Finalmente, cinco (5) lineamientos que, aunque se evidencian avances en algunos de ellos, estos presentan estancamiento de las observaciones que se presentan como no conformes por deficiencia en su estructuración de valor agregado y efectividad como control. (Ver solicitud de correcciones y acciones correctivas, numeral 6 de este informe):

ID	LINEAMIENTOS – EVALUADOS NO CONFORMES	PROCESO
2	Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.	GAL y GTH
4	La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.	GTH
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."	SC – GTH
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	DE
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	DE

Fuente: Elaboración propia - OCI

Conforme los resultados anteriores y de acuerdo con las orientaciones del Sistema Integrado de Gestión se requiere la implementación del procedimiento "PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora" V9, para la puesta en marcha de acciones correctivas y de mejora que garanticen la eliminación de la causa raíz y por ende se desarrolle el ejercicio de mejora que les corresponde.

De acuerdo con todo lo anterior y considerando todos los lineamientos, es decir, evaluados a junio y diciembre 2020, se observa:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS



- Enmarcados bajo el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), base del modelo de evaluación, se evidencia un avance del 82,4%.
- Basado en la relación directa con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se evidencia un avance del 80,7%.
- En virtud de la correlación de la NTC-ISO 9001, se evidencia un avance del 84,3%.

En términos generales, se evidencia la presencia y funcionamiento de elementos de control en virtud de los criterios evaluados (Ver Anexo 1).

3. OBSERVACIONES

3.1. OBSERVACIONES DE AUDITORIA DE ALTO IMPACTO SOBRE LOS MODELOS EVALUADOS. Según modelo de evaluación, los 6 procesos seleccionados presentan observaciones de auditoría, es decir, alertas ante posibles riesgos de materialización, equivalentes a 34 aspectos base de evaluación.

Al verificar la articulación de estas 3 observaciones con los modelos de gestión MECI, MIPG y NTC-ISO 9001:2015, se evidencia la incidencia en alguno(s) del sistema de impacto en términos de correlación a cada uno de ellos, así:

3. OBSERVACIONES

ID	LINEAMIENTO CON OBSERVACIONES	MECI	MIPG	ISO	PROCESO
7	Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa	X	X		DE
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	X	X	X	DE
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	X	X	X	DE
29	La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo	X	X	X	DE
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	X	X	X	DE
34	La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo	X	X		DE
36	La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora	X	X	X	DE
39	La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos	X	X	X	DE
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	X	X	X	DE
51	Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.	X	X	X	DE
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	X	X		SC

3. OBSERVACIONES						
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	X	X		DE	
82	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas	X	X	X	DE	
83	El alcance del SG se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica	X	X	X	DE	
85	La política del SG con la que cuenta actualmente la UAESP está acorde con los propósitos establecidos.	X	X	X	DE	
86	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SG logre los resultados esperados.	X	X	X	SF	
86	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SG logre los resultados esperados.	X	X	X	GIR	
87	La Unidad ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.	X	X	X	SF	
87	La Unidad ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.	X	X	X	GIR	
88	¿Existe un lineamiento definido para determinar la necesidad de cambios en el SG y la gestión de su implementación?	X	X	X	DE	
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.	X	X	X	GTH	
90	Se han determinado acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia las acciones tomadas	X	X	X	GTH	
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.		X	X	SF	
98	Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios.			X	GIR	
99	La UAESP determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.			X	GIR	

3. OBSERVACIONES

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.			X	GIR
101	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.			X	GIR
102	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.			X	GIR
103	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios			X	GIR
104	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo con la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.	X	X	X	GIR
105	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	X	X	X	GIR
106	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras	X	X	X	DE
107	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.	X	X	X	DE
110	La UAESP analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.	X	X	X	DE

Así las cosas, se evidencian 34 lineamientos por diferentes procesos aplicados a los diferentes modelos con el fin de establecer las posibles acciones que permitan garantizar el diseño de controles y puntos de control, que garanticen que los documentos, manuales, instructivos y procedimientos se desarrollen como están constituidos garantizando su eficacia para el cual fueron creados (Ver anexo 2).

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

No.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
	<p>Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.</p> <p>La UAESP estableció la política de conflicto de interés la cual se encuentra publicada en la página web de la unidad, sin embargo, no se evidencian ejercicios articulados y conjuntos de evaluación y seguimiento por el proceso GTH y GAL que permitan identificar para la totalidad de la entidad el manejo dado tanto a funcionarios y contratistas para afrontar este requisito normativo.</p> <p>De otra parte, al verificar en el Proceso de Gestión de Asuntos Legales, no se logra evidenciar que en el formato "FM01 Hoja de Control ", la lista de chequeo del proceso contractual determine la necesidad de incluir este documento y punto de control, ocasionando vulnerabilidad al no poderse contar como un control efectivo y documentado que prevenga la no declaración de conflicto de interés por parte de contratistas al firmar o iniciar el contrato.</p> <p>De otra parte y de acuerdo con este mismo informe del mes de julio de 2020, no se evidencia la implementación y documentación de acciones correctivas y de mejora atendiendo el procedimiento de PC-03 PM <i>Acorrectivas preventivas y de mejora V9</i>. Lo anterior, afectando la operabilidad y fines de mejora del Sistema integrado de Gestión.</p> <p>Así mismo, no fueron aportadas las actas del Comité Primario del a SAF a pesar de los requerimientos durante la vigencia 2020 a través de correo electrónico y memorandos enviados a la SAF.</p>	<p>Numerales 7.1.1 7.1.2 de la NTC-ISO 9001:2015.</p> <p>Resolución UAESP 313 de 2020, Título III Capítulo I. Parágrafo</p> <p>Componente Ambiente de control, - MECI</p> <p>Dimensión de Talento Humano, - MIPG</p>

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

<p>2</p>	<p>La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.</p> <p>Se realizan actividades que dan cuenta del desarrollo de los valores de Código y Plan de Integridad a todos los niveles de la organización, sin embargo, no se evidencia que estas actividades sean de análisis y seguimiento por parte de la Alta Dirección. Lo anterior permitiría conocer las intenciones de la administración y la alineación de criterios para la toma de decisiones en los temas del Plan y Código de Integridad.</p> <p>Al verificar el informe trimestral del 4 periodo de la vigencia 2020, emitido por la Oficina Asesora de Planeación respecto del seguimiento de riesgos de gestión y corrupción, se evidencian continuos incumplimientos al reporte de mapas de riesgos y corrupción a pesar de ser requisito normativo y del Sistema de Gestión de la entidad, con lo que se reitera la necesidad de que estos temas claves para la administración sean presentados en Comités de la Alta Dirección para la toma de decisiones y correcciones en forma oportuna.</p> <p>De otra parte y de acuerdo con este mismo informe del mes de julio de 2020, no se evidencia la implementación y documentación de acciones correctivas y de mejora atendiendo el procedimiento de PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9. Lo anterior, afectando la operabilidad y fines del Sistema integrado de Gestión.</p>	<p>Numerales 8.2.1 y 9.1 de la NTC-ISO 9001:2015.</p> <p>Resolución UAESP 313 de 2020, Título III Capítulo I. Artículo 13 numeral 13.6</p> <p>Componente Administración de Riesgos - MECI.</p> <p>Dimensión Direccionamiento Estratégico, del MIPG.</p>
<p>3</p>	<p>Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad.</p> <p>Aunque se evidencian avances en la creación de la opción de realizar denuncias a través de correo electrónico y la línea telefónica opción 4, no se evidencian seguimientos y</p>	<p>Numerales 8.2.1 y 9.1 de la NTC-ISO 9001:2015.</p> <p>Componente Ambiente de Control - MECI.</p>

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS		
	<p>presentaciones a la Alta Dirección para efectos de control y de ser necesario la toma de decisiones y correctivos.</p> <p>De otra parte, aunque existe viabilidad de integrar una línea para temas de corrupción e integridad, este último componente, no se encuentra documentado y socializado completamente al personal y colaboradores de la entidad impidiendo su completa difusión, implementación y utilización.</p> <p>Adicionalmente, y de acuerdo con este mismo informe del mes de julio de 2020, no se evidencia la implementación y documentación de acciones correctivas y de mejora atendiendo el procedimiento de PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9. Lo anterior, afectando la operabilidad y fines del Sistema integrado de Gestión.</p>	<p>Dimensión de Direccionamiento Estratégico - MIPG.</p>
4	<p>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</p> <p>No se evidencian procesos de evaluaciones periódicas que permitan la actualización del contexto de cada proceso, esta actividad sólo es desarrollada cada cuatro años producto de la implementación del nuevo Plan de Desarrollo de turno.</p> <p>Al verificar el informe trimestral del 4 periodo de la vigencia 2020, emitido por la Oficina Asesora de Planeación respecto del seguimiento de riesgos de gestión y corrupción, se evidencian continuos incumplimientos al reporte de mapas de riesgos y corrupción a pesar de ser requisito normativo y del Sistema de Gestión de la entidad, con lo que se reitera la necesidad de que estos temas claves para la administración sean presentados en Comités de la Alta Dirección para la toma de decisiones y correctivos en forma oportuna.</p>	<p>Numerales 8.2.1 y 9.1 de la NTC-ISO 9001:2015.</p> <p>Resolución UAESP 313 de 2020, Título III Capítulo I.</p> <p>Componente Administración de Riesgos - MECI.</p> <p>Dimensión Direccionamiento Estratégico - MIPG.</p>

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS		
	<p>Adicionalmente, y de acuerdo con este mismo informe del mes de julio de 2020, no se evidencia la implementación y documentación de acciones correctivas y de mejora atendiendo el procedimiento de PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9. Lo anterior, afectando la operabilidad y fines de mejora del Sistema integrado de Gestión.</p>	
5	<p>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.</p> <p>No se evidencian procesos de evaluaciones periódicas que permitan la actualización del contexto de cada proceso, esta actividad sólo es desarrollada cada cuatro años producto de la implementación del nuevo Plan de Desarrollo de turno.</p> <p>Sin embargo, al evaluar la política de administración de riesgos de la UAESP del año 2019, se observa que en el numeral 9 de esta, se contempla la actualización anual del contexto y el desempeño de los controles., situación que no fue desarrolla y evidenciada por parte de los procesos de la Unidad durante la vigencia 2020.</p> <p>Adicionalmente, y de acuerdo con este mismo informe del mes de julio de 2020, no se evidencia la implementación y documentación de acciones correctivas y de mejora atendiendo el procedimiento de PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9. Lo anterior, afectando la operabilidad y fines de mejora del Sistema integrado de Gestión.</p>	<p>Numerales 8.2.1 y 9.1 de la NTC-ISO 9001:2015.</p> <p>Resolución UAESP 313 de 2020, Título III Capítulo I.</p> <p>Componente Administración de Riesgos - MECI.</p> <p>Dimensión Dirección de Estrategia - MIPG.</p>

5. CONCLUSIONES

5.1. Al verificar el comportamiento de los 60 lineamientos evaluados como no conforme y observaciones de auditoría durante el mes de julio de 2020, se destaca la disminución de un 32% de observaciones y de un 37.5% de no conformidades, dada la evidencia de 20 lineamientos como conformes.

Considerando lo anterior, y manteniendo los resultados de evaluación a junio de 2020, en términos generales, se evidencia la presencia y funcionamiento de elementos de control en virtud de los criterios evaluados (Ver Anexo 1 y 2).

- Enmarcados bajo el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), base del modelo de evaluación, se evidencia un avance del 82,4%.
- Basado en la relación directa con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), se evidencia un avance del 80,7%.
- En virtud de la correlación de la NTC-ISO 9001, se evidencia un avance del 84,3%.

5.2. Aunque se evidencian acciones correctivas y de mejora para subsanar las no conformidades y observaciones de auditoría detectadas en el mes de julio de 2020, no se observa la operacionalización del procedimiento de PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9, por cuanto no se constituyeron acciones documentadas que permitieran mejorar o corregir las desviaciones detectadas, conforme los lineamientos y documentos estipulados en el Sistema de Gestión, impidiendo de esta forma la trazabilidad de acciones y la visualización de la mejoras practicadas.

5.3. Se destaca la actualización de la Resolución 696 de 2017, con la expedición de la Resolución 313 de 2020, por la cual se establecen las instancias de operacionalización del Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno en la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos, y se definen otros lineamientos. La anterior, subsana observaciones de auditoría en relación con el establecimiento de roles, responsables y responsabilidades de cada una de las instancias que conforme el sistema de gestión de la entidad.

5.4. No se evidencia la toma de decisiones y correcciones oportunas para la mejora del Sistema de Gestión de la entidad en los Comités de Gestión y Desempeño y Comité de Coordinación de Control Interno para adelantar ejercicios de análisis y seguimientos periódicos relacionados con el desarrollo de temas críticos presentados por la segunda y tercera de defensa.

5.5. No se evidencia suficiente claridad documental (lineamientos precisos y socializados) para el tratamiento de la “Gestión del Cambio” y el “Diseño y Desarrollo” establecidos para los componentes del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con los requisitos de la ISO 9001: 2015.

5. CONCLUSIONES

5.6. No fue posible evidenciar en la Subdirección Administrativa y Financiera el llevar de memorias de las reuniones, toda vez que no se han reportado a la tercera línea de defensa, las Actas del Comité Primario, de conformidad con los lineamientos de la Resolución 313 de 2020.

5.7. De conformidad con la Circular Externa 010 de 2020, emitida por la Comisión Nacional del Servicio Civil, la Oficina de Control Interno encuentra ajustado en la entidad las disposiciones en relación con la selección de personal, la Evaluación de Desempeño a sus funcionarios inscritos de carrera administrativa y la debida implementación de la Comisión de Personal, entre otros, toda vez que en el desarrollo del informe semestral al Sistema de Control Interno no se identificaron irregularidades a las normas de carrera administrativa.

6. RECOMENDACIONES

6.1. Implementar una estrategia eficaz que permita establecer para la UAESP, el estado de cumplimiento y conocimiento de la "Política de Conflicto de Interés" a todos los funcionarios y contratistas, para lo cual es necesario el trabajo mancomunado y coordinado de los procesos de "Gestión del Talento Humano" y "Gestión de Asuntos Legales" para luego ser expuesto, verificado y enriquecido ante el Comité de Gestión y Desempeño o Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, como instancias para la toma de decisiones y correctivos al respecto.

6.2. Es importante realizar la actualización de la Política de Administración de Riesgos de la UAESP, conforme la nueva guía actualizada por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP expedida el 16 de diciembre de 2020.

6.3. Es necesario recordar que producto de los procesos de auditorías e informes internos y externos, se garantice la utilización e implementación de acciones correctivas de acuerdo con el procedimiento establecido para tal fin, de tal forma que se culmine el desarrollo del ACTUAR del ciclo PHVA en el Sistema de Gestión de la Unidad.

6.4. Conforme la Dimensión de Direccionamiento Estratégico contemplado en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y el Componente de Ambiente de Control, se requiere que la Alta Dirección de la Unidad, desarrolle con mayor frecuencia y nivel de profundidad análisis, seguimientos y evaluaciones a los temas prioritarios o críticos presentados por la segunda y tercera de defensa, con el fin de tomar decisiones y correcciones oportunas para la mejora del Sistema de Gestión de la entidad.

6. RECOMENDACIONES

6.5. Mantener y conservar información documentada para apoyar la operación de los procesos, con atención de las instancias definidas, dado que algunos comités primarios no aportaron actas y/o documentos en oportunidad para realizar las verificaciones necesarias y por ende evaluar el desarrollo de los componentes del Sistema de Gestión.

6.6. Es necesario actualizar y socializar los lineamientos para el tratamiento de la "Gestión del Cambio" y el "Diseño y Desarrollo" establecidos para los componentes del Sistema de Gestión de Calidad de acuerdo con los requisitos de la ISO 9001: 2015.

APROBACIÓN:



ANDRÉS PABÓN SALAMANCA
Jefe de Oficina de Control Interno

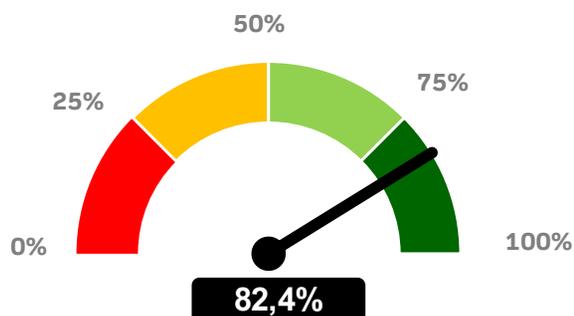


OSCAR JAVIER HERNÁNDEZ SERRANO
Auditor(es) Interno(s)

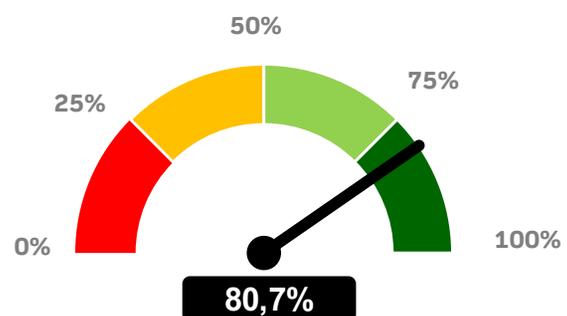
FECHA⁴: 2 febrero 2021

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

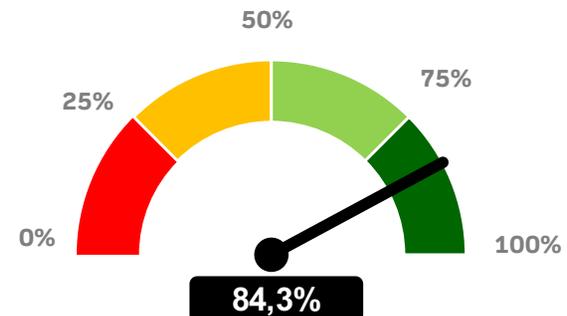
ANEXO 1: Estimación de avance según criterios verificados y metodología descrita en Anexo 2



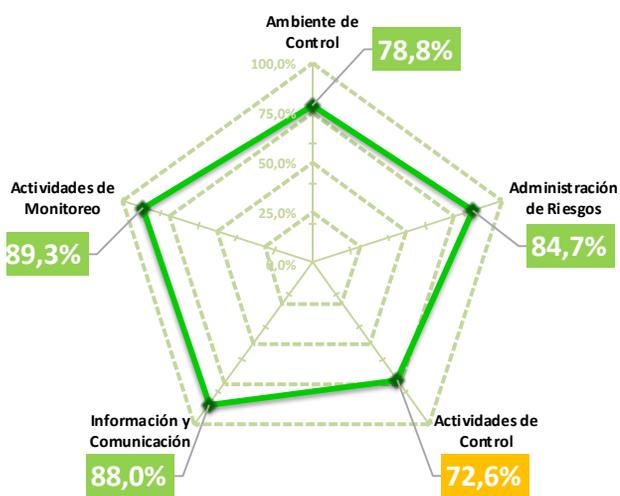
MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO



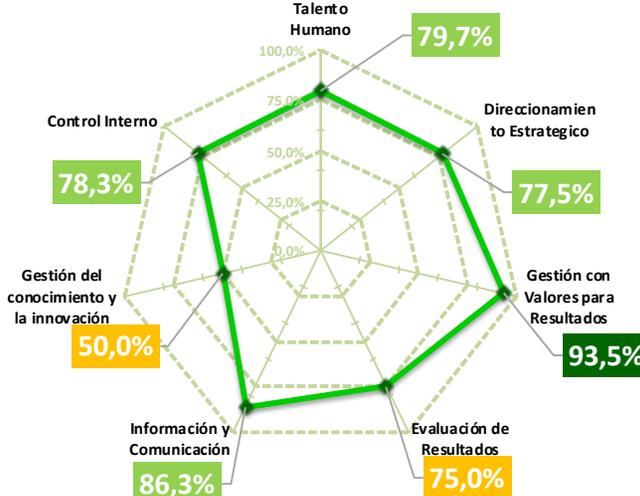
MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN



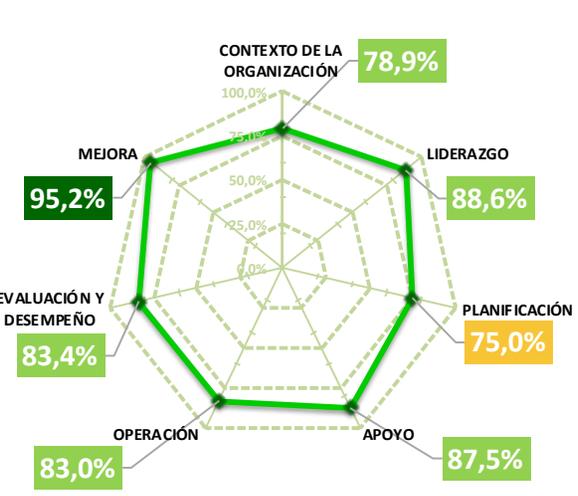
NTC - ISO 9001:2015



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 Estratégica, 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-df7a4c1c07c?%3F=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	RECOMENDACIONES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE		
MECI	MIPG	NTC ISO			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	OIHS	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)	AUDITOR OIHS: 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%CC%81n%20No.345-2018%281%29.PDF . Así mismo mediante Resolución 0036 del 2019 se conforma el comité de convivencia laboral de la UAESP. Adicionalmente, el Plan de Integridad Anual se encuentra inmerso en los seguimientos del PAAC, los cuales garantizan un adecuado seguimiento al plan y a las condiciones del Código de Integridad.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OIHS: No se evidencia Comité de Gestión y Desempeño ó Comité de Coordinación donde se hayan establecido ejercicios de análisis y seguimientos precisos relacionados con el Código y el Plan de Integridad, más allá de las generalidades de las presentaciones en estas instancias como parte de la evaluaciones al PAAC.	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	AUDITOR OIHS:		
AC	DTH	7.1			OIHS	Gestión del Talento humano	2	Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.	AUDITOR OIHS: 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/Pol%CC%81tica%20de%20Conflictos%20de%20Intereses%20-UAESP.pdf De otra parte, la Oficina de Talento, para el caso de funcionarios directivos ha desarrollado seguimientos con el fin de garantizar la publicación de sus declaraciones de conflictos de interés.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OIHS: Observación: Al verificar en el proceso Gestión del Talento humano lo referente a Mecanismos para el manejo de conflictos de interés. Se observa la Política de Conflicto de Interés en la web de la Unidad. Igualmente la circular 20207000000404 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.	1- El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	AUDITOR OIHS: Unificar una estrategia conjunta entre la SAL y la SAF-GTH que garantice el seguimiento efectivo de la Alta Dirección frente al cumplimiento de las orientaciones en materia de conflictos de interés, así como el conocimiento y la asimilación en todos los niveles de la entidad. Operar el procedimiento de PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9, cada vez que se evidencie la generación de hallazgos/observaciones para los procesos.
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	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Tecnológica y de la Información lo referente a Mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada u otras situaciones que puedan implicar riesgos para la entidad Se observa que la Entidad cuenta con mecanismos frente a la detección y prevención del uso inadecuado de información privilegiada, mediante el "Manual de Políticas de seguridad de la información". El cual se encuentra establecido y operando mediante el COMITÉ DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y GOBIERNO DIGITAL.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.

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			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	6.1 9.1.3	OJHS	Gestión del Talento humano	La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.	AUDITOR OJHS: 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/Pol%CC%81tica%20de%20administracio%CC%81n%20de%20riesgo%2024.5.19.doc . Así mismo en la página web de 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.	AUDITOR OJHS: No se evidencia Comité de Gestión y Desempeño ó Comité de Coordinación donde se hayan establecido ejercicios de análisis y seguimientos precisos relacionados con el Código y el Plan de Integridad, más allá de las generalidades de las presentaciones de las instancias como parte de la evaluaciones al PAAC.	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.	Observación	AUDITOR OJHS: Presentar periódicamente ante la Alta Dirección el estado de seguimiento y cumplimiento del 100% de los procesos de la entidad, respecto de los mapas de riesgos de gestión y corrupción. Lo anterior, con el fin de que sea una fuente de análisis y valoración para la toma de decisiones en forma oportuna ante el comportamiento de riesgos y oportunidades. Operar el procedimiento de PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9, cada vez que se evidencia la generación de hallazgos/observaciones para los procesos.		
AC	DDE	8.2.1 9.1			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.	AUDITOR OJHS: Línea 3580400 opción 4... que seguimiento hay? Se llevo a alguna instancia a la Alta Dirección carea desde 2020: denunciasanticorrupcion@uaesp.gov.co. Página web formulario web habilitada para la denuncia interna sobre irregularidades o posibles actos de corrupción.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: No se evidencia Comité de Gestión y Desempeño ó Comité de Coordinación donde se hayan establecido ejercicios de análisis y seguimientos precisos relacionados con el Código y el Plan de Integridad, más allá de las generalidades de las presentaciones en estas instancias como parte de la evaluaciones al PAAC.	De otra parte, aunque existe viabilidad de integrar una línea para temas de corrupción e integridad, este último componente no se encuentra documentado y socializado completamente al personal y colaboradores de la entidad impidiendo su completa difusión e implementación. Adicionalmente, y de acuerdo con este mismo informe del mes de julio de 2020, no se evidencia la implementación y documentación de acciones correctivas y de mejora V9. Lo anterior, afectando la operabilidad y fines del Sistema Integrado de Gestión.					1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
AC	DCI	5.1.1			IDS	Evaluación y Mejora	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)	AUDITOR IDS: Resolución No. 696 de 2017 http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/files/Resolucion696-2017.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité Directivo de Gestión	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	AUDITOR IDS:
AC	DCI	9.1.3 4.4.2			OJHS	Direccionamiento estratégico	Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa	AUDITOR OJHS: 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. Adicionalmente, con la entrada en vigencia de la Resolución 313 de 2020, se distribuyen las responsabilidades de la gestión de riesgos y del control al interior de la Entidad, operacionalizando el Sistema de Control Interno de la UAESP, bajo el esquema de líneas de defensa.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: 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.	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	AUDITOR OJHS:

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			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	OIHS	Direccionamiento estratégico	8	Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa	AUDITOR OJHS: 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. Adicionalmente, con la entrada en vigencia de la Resolución 313 de 2020, se distribuyen las responsabilidades de la gestión de riesgos y del control al interior de la Entidad, operacionalizando el Sistema de Control Interno de la UAESP, bajo el esquema de líneas de defensa.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: El Comité de Gestión y Desempeño de la UAESP se realiza con el fin de poner en aprobación y realizar seguimientos de los planes institucionales relacionados con el MIPG e ISO, los cuales se desarrollaron los días 30 de enero, 10 de noviembre, 19 de noviembre y 29 de diciembre de 2020.	Se encuentra en construcción el Manual MIPG, en donde se espera que sean incluidas las líneas de reporte específicas para los temas críticos o prioritarios que establezca la administración de 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.	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	AUDITOR OJHS: Establecer en el manual de MIPG, el papel de las líneas de defensa para temas críticos o relevantes tales como indicadores, metas plan de desarrollo y auditorías entre otros.																																		
AC	DDE	6.1.													OIHS	Direccionamiento estratégico	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	AUDITOR OJHS: 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 alguna, para la vigencia 2020.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: 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.	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Direcciónamiento estratégico lo referente a 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 No se evidencia la actualización y revisión de la política de Administración de riesgos conforme la versión de la vigencia 2020 del DAFP. Aunque se han realizado ejercicios de evaluación y comentarios a la misma, estos no han surtido cambios en el documento final de política de Administración de Riesgos	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	AUDITOR OJHS: Adelantar las tareas de revisión y/o actualización de la Política de Administración del Riesgo durante el primer semestre de 2021, conforme las orientaciones de la guía de riesgos emitida por el DAFP en el mes de diciembre de 2020.																						
AC	DER	4.1																									OIHS	Direccionamiento estratégico	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	AUDITOR OJHS: La Unidad cuenta con el Plan Estratégico Institucional 2020-2024, el cual se encuentra alineado con el Plan de Desarrollo 2020-2024 "Un nuevo Contrato social y ambiental para la Bogotá del siglo XXI". La evaluación del mismo se gestiona anualmente mediante las actividades del Plan de acción Institucional y el seguimiento trimestral y mensual en SEGPLAN y MGA 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.	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Direcciónamiento estratégico lo referente a 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 Se observa que la Entidad, realiza un ejercicio anual de la evaluación de la Planeación estratégica, mediante la revisión por la Alta dirección. Se observa que la segunda línea de defensa, realiza el monitoreo periódico del avance del Plan de acción institucional. No obstante, este seguimiento no se lleva a la Alta dirección, para la toma de decisiones con base a los resultados y cumplimiento de los objetivos estratégicos.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	AUDITOR OJHS: Presentar periódicamente ante la Alta Dirección el estado de seguimiento y cumplimiento de la planeación estratégica. Lo anterior, con el fin de que sea una fuente de análisis y valoración para la toma de decisiones en forma oportuna ante alertas de incumplimiento, necesidades de recursos y la presencia de oportunidades y riesgos de incumplimiento.											
AC	DCI	6.1.																																				EAO	Direccionamiento estratégico	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.	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO Conforme: Al verificar en el proceso Direcciónamiento estratégico lo referente a 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. 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.	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	AUDITOR EAO: 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	9.1																																														

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN			MECI	MIPG	NTC ISO	1	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		
									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				HMP	Gestión del Talento humano	13	Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal	AUDITOR HMP: 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/modeo-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/modeo-transformacion-organizacional/documentos/legales/editables/Manual%20Contratacion%20V11.docx .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo	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 línea 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	AUDITOR HMP:
AC	DTH	DCI	9.1				HMP	Gestión del Talento humano	14	Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal	AUDITOR HMP: La entidad cuenta con el plan estratégico de Talento Humano en el link http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Plan%20Estrategico%20CC%2819%20de%20Talent%20Humano%202020%20-%202023.pdf , a través del cual se articulan los planes de: Bienestar Social e Incentivos, Capacitación, SST, Gestión de Integridad, Previsión 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.	AUDITOR HMP: comité primario Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión del Talento humano lo referente a Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal. Se observa que el Proceso de Talento Humano efectúa realiza seguimiento y evaluación a los temas que se involucran dentro de los planes (Bienestar Social e Incentivos, Capacitación, SST, Gestión de Integridad, Previsión de recursos, Provisión de vacantes) mediante auditoría 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 segun requerimiento.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente a 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	AUDITOR HMP:
AC	DTH	DCI	9.1.3		7.3		IDS	Gestión de las comunicaciones	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)	AUDITOR IDS: La OACRI cuenta con el Plan Estartegico de comunicaciones PL-01 Plan Estratégico de Comunicaciones VS y Protocolos de Comunicaciones PT-01 Protocolos del Proceso Gestión de Comunicaciones V1. http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20de%20Gestion%20de%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modeo-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.	AUDITOR IDS: Comité Primario	AUDITOR IDS Observación: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a 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) Se cuenta con el plan de comunicaciones y los protocolos establecidos para la comunicacion interna y externa para el proceso de Gestion de las Comunicaciones las cuales hacen parte del Sistema Integrado de Gestion y se encuentran en la cadena de valor, estos documentos estan aprobados por la oficina Asesora de Planeacion y son los siguientes (Plan Estartegico de comunicaciones y Protocolos de Comunicaciones), los cuales se pueden evidenciar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/aprobados.zip ?	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	AUDITOR IDS: Aunque se cuentan con instructivos, es importante ahondar sobre la filosofi de las líneas de defensa en la Entidad, y que sea facilmente identificable ne los funcionarios de la Unidad.
AC	DTH	DCI	9.1.3		5.1		HMP	Gestión del Talento humano	16	Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal	AUDITOR HMP: 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/modeo-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.	AUDITOR HMP: comité primario Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión del Talento humano lo referente a Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal 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 Evaluacion y Mejora realiza seguimiento y evaluacion a algunos aspectos mencionados dentro de los procedimientos mencionados 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 segun requerimiento.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente a 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	AUDITOR HMP:
AC	DTH	DCI	9.1.3		5.1		HMP	Gestión del Talento humano	17	Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación - PI	AUDITOR HMP: 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.	AUDITOR HMP: Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión del Talento humano lo referente a Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación - PI 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	AUDITOR HMP:

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			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	9.1.3		HMP	Gestión de Asuntos Legales	18	Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo	AUDITOR HMP: Se evidencia el manual de contratación de la unidad publicado en el SIG en el siguiente enlace: http://www.uaesp.gov.co/modele-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	AUDITOR HMP: Comité primario	AUDITOR HMP Observación: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo SAL Según lo establecido en el Numeral 5.5. del Manual de Contartación, 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 están a cargo de los contratistas en algún 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 están 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	AUDITOR HMP: Se recomienda establecer un formato de evaluación a los productos y servicios que están a cargo de los contratistas de acuerdo lo establecido en el Numeral 9 de la norma ISO 9001:2015.
AC	DTH	DCI	9.1.3		OJHS	Servicios Funerarios	18	Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo	AUDITOR OJHS: Manual de Contratación V11. (http://www.uaesp.gov.co/modele-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	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: 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.	AUDITOR OJHS conforme: Al verificar en el proceso servicios Funerarios lo referente a Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo Se observa que la UAESP a través de la Subdirección de Servicio Funerarios y Alumbrado Público, realiza la revisión y aprobación de los productos a entregar y a ejecutar por los contratistas de apoyo a la gestión. Adicionalmente, se cuenta con 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. . . " y de detectarse deficiencias e irregularidades deben incluirse en los respectivos informes.	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	AUDITOR OJHS:
AC	DTH	DCI	9.1.3		IDS	Gestión de las comunicaciones	18	Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo	AUDITOR IDS: Se evidencia el manual de contratación de la unidad publicado en el SIG en el siguiente enlace: http://www.uaesp.gov.co/modele-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/modele-transformacion-organizacional/documentos/legales/editables/PC%2009%20Contratacion%20directa%20V2.doc .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité primario	AUDITOR IDS Observación: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo OACRI - Según lo establecido en el Numeral 5.5. del Manual de Contartación, 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 están a cargo de los contratistas en algún formato establecido en el SIG. Si bien a través de los comités primarios de los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2019, enero, febrero, marzo y abril de 2020, se observa un título ENTREGA DE INFORMES PARA PAGO (CUENTAS DE COBRO), seguimiento a los contratistas no se evidencia una evaluación frente a los productos y servicios que están 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	AUDITOR IDS: Se recomienda establecer un formato de evaluación a los productos y servicios que están a cargo de los contratistas de acuerdo lo establecido en el Numeral 9 de la norma ISO 9001:2015.
AC	DIC	DCI	8.1	5.3	EAO	Direccionamiento estratégico	19	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	AUDITOR EAO: 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.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO Observación: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a 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 Se observa mediante la Resolución UAESP 696 de 2017, se definen intancias de responsabilidad, periodicidad y reportes los cuales se asemejan al esquema de líneas de defensa, frente a las diferentes aristas de gestión de la Entidad. Se observa la socialización de los lineamientos y disposiciones que enmarca la resolución mencionada, pero no es claro cuales son los temas críticos para la Entidad y que son prioridad frente a otros.	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	AUDITOR EAO: 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	9.3	IDS	Evaluación y Mejora	20	La Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros	AUDITOR IDS: Resolución No. 696 de 2017 http://www.uaesp.gov.co/modele-transformacion-organizacional/files/Resolucion696-2017.pdf	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	AUDITOR IDS: Comité Directivo de Gestión	AUDITOR IDS Observación: Al verificar en el proceso Evaluación y Mejora lo referente a La Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros En acta de fecha 16/10/2019, se observa el Tratamiento de los comités del SIG de la Resolución 696 de 2017. No obstante no se evidencia la creación de un comité de sostenibilidad Contable así mismo no se evidencian actas de reunión que soporten este 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	AUDITOR IDS: Diseñar de estrategias y temáticas que le permitan a la Alta Dirección conocer de los Estados Financieros y tomar decisiones frente a los resultados.

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			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 5.1.	HMP	Gestión Documental	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	AUDITOR HMP: 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 Accion 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/modeo-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/modeo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=evaluacion_control_del_SIG .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: comité primario	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Documental lo referente a 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 Se observa que la SAF tiene en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a líneas de defensa en cuanto los avances suministrados en el PAI, Proyectos de Inversión, Plan Estratégico Institucional, Administración de Riesgos, Indicadores de gestión, Acciones Correctivas y de mejora y auditorías internas (Planes de mejoramiento). No se logra evidenciar el cargue de las actas 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	AUDITOR HMP:
AC	DCI	5.3 5.1.	JIP	Servicios Funerarios	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	AUDITOR JIP: 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 Accion 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/modeo-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/modeo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=evaluacion_control_del_SIG .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: 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).	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a 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 Para la SSSFAP, 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	AUDITOR JIP:
AC	DCI	5.3 5.1.	IDS	Gestión de las comunicaciones	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	AUDITOR IDS: 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 Accion 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/modeo-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/modeo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=evaluacion_control_del_SIG .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité primario	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a 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 DACRI_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. LA OACRI y la SRBL tienen en cuenta la información suministrada por la 2a y 3a líneas de defensa en cuanto los avances suministrados en el PAI, Proyectos de Inversión, Plan Estratégico Institucional, Administración de Riesgos, Indicadores de gestión, Acciones Correctivas y de mejora y auditorías internas (Planes de mejoramiento).	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	AUDITOR IDS: Se observa seguimiento y toman decisiones a tiempo para garantizar el cumplimiento de las metas y objetivos.
AC	DGVR DCI	9.1. 6.3	EAO	Gestión del Conocimiento	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	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO: No se evidencia, que se haya realizada alguna evaluación de la estructura de control de los riesgos en algún comité o instancia.	AUDITOR EAO Observación: Al verificar en el proceso Gestión del Conocimiento lo referente a 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 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	AUDITOR EAO: Realizar la evaluación y el análisis de la estructura de control de los diferentes procesos, procedimientos y/o herramientas, en algún comité o instancia, que permita garantizar su adecuada formulación y afectación frente a la gestión del riesgo.

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			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	5.1	IDS	Evaluación y Mejora	23	La entidad aprueba y hace seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por parte de la Oficina de Control Interno	AUDITOR IDS: El proceso de evaluación y mejora cuenta con el procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12 http://www.uaesp.gov.co/modeo-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.	AUDITOR IDS: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Evaluación y Mejora lo referente a La entidad aprueba y hace seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por parte de la Oficina 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	AUDITOR IDS:							
AC	DCI	10.2				La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional	AUDITOR HMP: Mediante los procedimientos PC-03 PM Acorreativas 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.	AUDITOR HMP: comité primario	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional 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-04 Auditorías Internas V12. Los cuales se pueden consultar en los siguientes enlaces http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-03%20PM%20Acorreativas%20preventivas%20y%20de%20mejora%20V9.doc http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-04%20Auditorias%20internas%20V12.doc . En acta de comité primario 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	AUDITOR HMP:			
AC	DCI	10.2				La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional	AUDITOR JIP: Mediante los procedimientos PC-03 PM Acorreativas 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.	AUDITOR JIP: Se analiza y verifica en el Comité Directivo de Gestión	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional Al verificar el Acta 10- Noviembre de 2020, de Comité Primario del Proceso de Gestión de Comunicaciones se da cuenta de la atención de las observaciones y recomendaciones de la Oficina de Control Interno en relación con los planes de Evaluación y Mejora, a través de los procedimientos PC-03 PM Acciones correctivas preventivas y de mejora V9 y 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	AUDITOR JIP:			
AC	DCI	10.2				La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional	AUDITOR OJHS: Mediante los procedimientos PC-03 PM Acorreativas 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.	AUDITOR OJHS: Comité Primario	AUDITOR OJHS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional Al verificar el Acta 10- Noviembre de 2020, de Comité Primario del Proceso de Gestión de Comunicaciones se da cuenta de la atención de las observaciones y recomendaciones de la Oficina de Control Interno en relación con los planes de Evaluación y Mejora, a través de los procedimientos PC-03 PM Acciones correctivas preventivas y de mejora V9 y 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	AUDITOR OJHS: Se recomienda que de acuerdo a lo establecido en las actividades No. 4 y No. 5 del procedimiento PC-03 PM Acorreativas preventivas y de mejora V9 y a las actividades 11 y 12 del procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12, se socializará junto con el jefe y el equipo de trabajo las No conformidades y observaciones que se reaccionan en los informes de auditoría interna, dejando evidencia en los Comités Primarios de su comunicación.			
AR	DDE	7.1.5				HMP	Gestión de Asuntos Legales	25	La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos	AUDITOR HMP: La entidad a través del PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional V5 y los proyectos de Inversión PC-02 Proyectos de Inversión V6, establece los mecanismos para poder vincular los objetivos estratégicos y objetivos operativos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.					AUDITOR HMP: comité primario	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos 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	AUDITOR HMP: 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	6.2							JIP	Servicios Funerarios	25					La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos	AUDITOR JIP: La entidad a través del PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional V5 y los proyectos de Inversión PC-02 Proyectos de Inversión V6, establece los mecanismos para poder vincular los objetivos estratégicos y objetivos operativos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: Se realiza en el Comité de Transformación Organizacional - MTO.	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a La Entidad cuenta con mecanismos para vincular o relacionar el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos 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

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 *			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				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	DCI	6.1	10.2	28	Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio	AUDITOR EAO: En la Política de administración del Riesgo, el alcance aplica a todos los procesos de la Unidad y en todos los niveles de la UAESP, 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.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO Conforme: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a Teniendo en cuenta la estructura de la política de Administración del Riesgo, su alcance define lineamientos para toda la entidad, incluyendo regionales, áreas tercerizadas u otras instancias que afectan la prestación del servicio Se observa en la estructura de la política de administración del riesgo, que el alcance establece los lineamientos para toda la entidad, todos los procesos e instancias que afectan 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	Conforme	AUDITOR EAO: Articular la Política de Administración de Riesgos respecto de los procesos de los servicios tercerizados, mas alla de la operación interna de la UAESP, y como lo han demostrado la garantía que fua 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	6.1	5.3	29	La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo	AUDITOR OIHS: La Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, gestionó la actualización de los riesgos de gestión. No obstante no se pudo verificar si la actividad presenta retrasos, para cuando se tiene la información actualizada, o en su defecto su reprogramación. Lo anterior se verificó en el primer seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno al PAAC con corte 31 de mayo de 2020. Respecto al monitoreo que realiza la Oficina Asesora de Planeación, de las acciones realizadas para la mitigación de los riesgos, se verificó el avance de todas las procesos, evidenciado mediante informes trimestrales	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	AUDITOR OIHS: No se evidencia acta o instancia donde se realiza la evaluación y seguimiento a la gestión del riesgo en los procesos de la Unidad.	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo Se observa que la Segunda Línea de Defensa, no realiza la evaluación y/o seguimiento a la gestión del riesgo de los procesos de la Unidad, en alguna instancia o comité. Sin embargo, adelanta en forma trimestral informes de consolidación y materializaciones de riesgo.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	AUDITOR OIHS: Realizar el análisis y evaluación de la información consolidada concerniente a la gestión de los riesgos, en el Comité Institucional de gestión de Desempeño o instancia pertinente para realizar el seguimiento y verificación de los controles, y tomar acciones sobre los riesgos con probabilidad de materialización y el manejo adecuado de oportunidades.	
AR	DCI	9.3	9.1	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	AUDITOR OIHS: 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 Coordinación de Control Interno, o Comité Institucional de Gestión y desempeño".	1 - No existen actividades diseñadas para cubrir el requerimiento.	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a 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 Durante la vigencia 2020, 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 Coordinación de Control Interno, o Comité Institucional de Gestión y desempeño". Al verificar el informe trimestral del 4 periodo de la vigencia 2020 emitido por la Oficina Asesora de Planeación respecto del seguimiento de riesgos de gestión y corrupción, se evidencian continuos incumplimientos al reporte de mapas de riesgos y corrupción a pesar de ser requisito normativo y del Sistema de Gestión de la entidad.	1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	Deficiencia de control mayor (diseño y ejecución)	Observación	AUDITOR OIHS: Por parte de la segunda línea de defensa, presentar periódicamente ante la Alta Dirección el estado de seguimiento y cumplimiento del 100% de los riesgos de los procesos. Lo anterior, con el fin de que sea una fuente de análisis y valoración para la toma de decisiones en forma oportuna ante alertas de incumplimiento, necesidades de recursos, la presencia de oportunidades y otros riesgos de incumplimiento. Operar el procedimiento de PC-03 PM Correctivas preventivas y de mejora V9, cada vez que se evidencia la generación de hallazgos/observaciones para los procesos.		
AR	DDE	DCI	6.1	10.2	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	AUDITOR OIHS: 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 Institucionales de Coordinación de Control Interno, y Comité Institucional de Gestión y Desempeño, no se evidencia información relacionada con la materialización de riesgos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OIHS: Validando en los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno, y Comité Institucional de Gestión y Desempeño, no se evidencia información relacionada con la materialización de riesgos.	AUDITOR OIHS Conforme: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente En la Auditoría realizada, no fue posible verificar si existen materialización de los riesgos que gestiona la Unidad, y si se encuentran documentados. No obstante se verificó en las actas de los Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno, y Comité Institucional de Gestión y Desempeño, sin encontrar información relacionada con la materialización de riesgos.	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	AUDITOR OIHS:
AR	DER	DCI	9.1	6.1	32	Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas	AUDITOR IDS: La Unidad estableció la política de gestión del riesgo http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%CC%81tca%20de%20administracio%CC%81n%20de%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-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/edditables/FM-12%20Mapa%20de%20riesgos%20V9.xsm	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité Primario	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Evaluación y Mejora lo referente a Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas 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	Conforme	AUDITOR IDS:

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 *			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				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	4.1	OIHS	Direccionamiento 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	AUDITOR OIHS: 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. Adicionalmente cada mapa de riesgos posee su ejercicio de identificación de factores internos y externos.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	AUDITOR OIHS: 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.	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a 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. Adicionalmente cada mapa de riesgos posee su ejercicio de identificación de factores internos y externos.	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	AUDITOR OIHS: Por parte de la Alta Dirección de la entidad, se hace necesario analizar, establecer y documentar, de acuerdo al análisis del entorno de la organización, los procesos, programas y proyectos que son susceptibles de actos de corrupción de tal forma que, los mayores esfuerzos en materia sean llevados a estas instancias y prioridades.																
AR	DCI	6.1			34	La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo	AUDITOR OIHS: 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	AUDITOR OIHS: No se referencia en comité o instancia alguna, el seguimiento por la Alta Dirección sobre el monitoreo realizado a los riesgos de corrupción.	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo Se observa que la Oficina de Planeación, realiza el seguimiento a los riesgos de corrupción, de acuerdo a la política de administración de Riesgos. No obstante no se evidencia que la Alta dirección monitorea e realice el seguimiento respectivo, en algún comité o instancia.	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	AUDITOR OIHS: Por parte de la Alta Dirección de la entidad, se hace necesario analizar, establecer y documentar, de acuerdo al análisis del entorno de la organización, los procesos, programas y proyectos que son susceptibles de actos de corrupción de tal forma que, los mayores esfuerzos en materia sean llevados a estas instancias y prioridades.												
AR	DCI	7.1.4			HMP	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	AUDITOR HMP: 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.	AUDITOR HMP: comité primario									AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Apoyo Logístico lo referente a 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 SAF -NO SE EVIDENCIA CARGUE DE LAS ACTAS DE COMITÉ PRIMARIO SAL: Se observa en acta de comité primario de diciembre 2019, enero, febrero, marzo el tratamiento al PAI e indicadores 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.	Conforme	AUDITOR HMP: Dada a la falta de información suministrada por el auditado, no se puede concluir 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					JIP	Servicios Funerarios	36	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	AUDITOR JIP: 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.	AUDITOR JIP: Se realiza en las reuniones del Comité Primario mensuales					AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a 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 Para la SDFAP, 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 RSDI, 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	AUDITOR JIP: Verificar en intervalos definidos por los procesos de Servicios Funerarios y Alumbrado público, validación de responsables y roles según procedimientos vigentes versus cuestiones externas a internas pertinentes al propósito y estrategia de los procesos mencionados
AR	DCI	7.1.4							IDS	Gestión Integral de Residuos	37									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	AUDITOR IDS: 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.	AUDITOR IDS: Comité Primario				

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN			MECI	MIPG	NTC ISO	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
AR	DCI	NTC ISO						¿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?	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				
AR	DCI	9.3	AR	DCI	10.2	OIHS	Direccionamiento estratégico	La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora	AUDITOR OIHS: 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.	AUDITOR OIHS: No se pudo evidenciar, la evaluación de las fallas de los controles asociados a los riesgos, por parte de la Alta Dirección.	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora Se observa gestión por parte de la Oficina Asesora de Planeación en la estructuración de los riesgos, y los controles asociados a estos. No obstante, no se evidencia que la Alta Dirección haya realizado la evaluación de las fallas de los controles asociados a los Riesgos 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	AUDITOR OIHS: Por parte de la segunda línea de defensa, presentar periódicamente ante la Alta Dirección el estado de seguimiento y cumplimiento del 100% de los riesgos de los procesos. Lo anterior, con el fin de que sea una fuente de análisis y valoración para la toma de decisiones en forma oportuna ante alertas de incumplimiento, necesidades de recursos, la presencia de oportunidades y otros riesgos de incumplimiento.
AR	DPE	6.1	AR	DPE	6.1	OIHS	Direccionamiento estratégico	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	AUDITOR OIHS: Se tienen establecidos los factores internos y externos, pero no se evidencia el monitoreo respectivo, para determinar nuevos riesgos y/o ajustes respectivos durante la vigencia 2020. Estos son identificados en el documento que propicia el análisis y la viabilidad de la actualización del Direccionamiento Estratégico para cada cuatro años.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	AUDITOR OIHS: No se ha verificado en algún comité o instancia el análisis que permita determinar nuevos riesgos o ajustes existentes.	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a 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 evidencian procesos de evaluaciones periódicas que permitan la actualización del contexto de cada proceso, esta actividad sólo es desarrollada cada cuatro años producto de la implementación del nuevo Plan de Desarrollo.	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.	Observación	AUDITOR OIHS: Acorde con lo establecido en la política de Administración del Riesgo de 2019, se monitorean periódicamente los factores internos y externos definidos para la entidad, con el fin de establecer cambios en el entorno que determinen nuevos riesgos, ajustes a los existentes e identificación de oportunidades. Operar el procedimiento de PC-03 PM Acorreativas preventivas y de mejora V9, cada vez que se evidencia la generación de hallazgos/observaciones para los procesos.
AR	DCI	9.3	AR	DCI	8.4	EAO	Direccionamiento estratégico	La Alta Dirección analiza 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	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO: 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.	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	AUDITOR EAO: Articular la Política de Administración de Riesgos respecto de la 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	6.1	OIHS	Direccionamiento estratégico	La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos	AUDITOR OIHS: En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No. 2 del 8 de agosto de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los instrumentos técnicos del Sistema de Control Interno de la entidad.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OIHS: En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No. 2 del 8 de agosto de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los instrumentos técnicos del Sistema de Control Interno de la entidad.	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a 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. 2 del 8 de agosto de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los instrumentos técnicos del Sistema de Control Interno 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	AUDITOR OIHS: Llevar a Comité CICC o DYG los monitoreos a los riesgos de corrupción y de gestión con el fin de fortalecer la toma de decisiones y establecer el apetito al riesgo por parte de la administración
AR	DCI	10.0	AR	DCI	10.0	OIHS	Direccionamiento estratégico	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	AUDITOR OIHS: En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No. 2 del 8 de agosto de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los instrumentos técnicos del Sistema de Control Interno de la entidad.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OIHS: 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.	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a 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 Se observa que la Alta Dirección mediante el CICC, analiza algunos de los controles asociados a los riesgos en la entidad. Es importante continuar fortaleciendo acciones para documentar controles y acciones sobre acciones 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	AUDITOR OIHS: 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.

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			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	DCI	HMP	Gestión de Asuntos Legales	41	La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales	AUDITOR HMP: 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 la prestación de servicios y apoyo a la gestión, versión 8 aprobación de pólizas, entre otros.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: comité primario	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales SAL. Se observa el acta de comité primario del 29 de enero de 2020 don el proceso de gestión de asuntos legales ha efectuado cambio 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	AUDITOR HMP:							
AR	DDE	DCI				JIP	Alumbrado Público	41	La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales	AUDITOR JIP: http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizaciona/procesos_mto.php?id=misionales_gestoresiduas .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.					AUDITOR JIP: Formato Solicitud, Modificación, traslado o creación de Documentos	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Alumbrado Público lo referente a La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales 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. 20194000060263 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.	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	AUDITOR JIP: -
AR	DDE	DCI							IDS	Gestión de las comunicaciones	41					La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales	AUDITOR IDS: Desde el proceso Gestión de Comunicaciones se realiza cambio al Plan Estratégico 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/modeo-transformacion-organizaciona/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizaciona/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.				
Act.C	DCI	5.3				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	AUDITOR HMP: 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.	AUDITOR HMP: comité primario	AUDITOR HMP Observación: Al verificar en el proceso Gestión Documental lo referente a 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 SAL- Se observa relacionado en actas de comité primario de diciembre de 2019, enero, febrero 2020 el tratamiento al PAI e Indicadores de gestión. Existe el mapa de riesgo de proceso y de corrupción con tratamiento y el seguimiento. SAF: No selogro evidenciar las actas de comité primario.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
Act.C	DCI	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	AUDITOR JIP: 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.	AUDITOR JIP: 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	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a 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 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.	

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			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	DCI	5.3	OJHS	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	AUDITOR OJHS: 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.	AUDITOR OJHS: Comité Primario	AUDITOR OJHS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a 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 Con la entrada en vigencia de la Resolución 313 de 2020, se distribuyen las responsabilidades de la gestión de riesgos y del control al interior de la Entidad, operacionalizando el Sistema de Control Interno de la UAESP, bajo el esquema de líneas de defensa. De otra parte, para el personal contratista se cuenta con los soportes documentales de las obligaciones contractuales, las cuales se orientan al cumplimiento del objetivo del proceso de "Gestión Integral de Residuos". Para el caso de funcionarios de planta se evidencia que el manual de funciones se actualizó recientemente producto del proceso de selección adelantado con nombramiento en el año 2020 y este documento realiza la desagregación por dependencias y por cada cargo de la entidad. Al verificar las actas de Comité Primario de la RBL (julio y agosto de 2020), se destaca el nivel de desagregación de funciones en la dependencia y conforme la estructura de Areas de ASE y temas prioritarios como los son: mapas de riesgos, desarrollo de los contratos con los operadores de aseo, normograma y demás actividades relativas al proceso.	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	AUDITOR OJHS: Se recomienda realizar actividades de control y tratarlas en los comités primarios.						
Act. C	DCI	5.3				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.	AUDITOR HMP: 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_90376_1_7176200e-5927-444d-b746-3c45f9d7835%20V80%201-6-2020.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: comité primario	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a 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. SAL: revisada las actas de comité primarios enero y febrero de 2020 No se puede verificar que se traten temas de las necesidades del proceso en cuanto a la contratación y presupuesto solo se menciona la cantidad de contratos celebrado adiciones y prorrogas. Sin embargo en las Auditorías a la Gestión por dependencias que se realizan se verifica que se cumpla con la contratación programada por el proceso. Informes de auditoría Evaluación a la gestión por dependencias 2020110005103 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.	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	AUDITOR HMP:			
Act. C	DCI	5.3							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.	AUDITOR JIP: 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_90376_1_7176200e-5927-444d-b746-3c45f9d7835%20V80%201-6-2020.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: 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	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a 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. 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.	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	AUDITOR JIP:
Act. C	DCI	5.3										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.	AUDITOR IDS: 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_90376_1_7176200e-5927-444d-b746-3c45f9d7835%20V80%201-6-2020.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité Primario	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a 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. 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 título 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 proceso en cuanto a la contratación y presupuesto. Sin embargo en las Auditorías a la Gestión por dependencias que se realizan se verifica que se cumpla con la contratación programada por el proceso. Informes de auditoría Evaluación a la gestión por dependencias 2020110005103 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.	Mantenimiento del control

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 *			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				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	OJHS	Direccionamiento estratégico	44	El diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), se integran de forma adecuada a la estructura de control de la entidad	AUDITOR OJHS: 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.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No.2 del 8 de agosto de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los instrumentos técnicos del Sistema de Control Interno de la entidad donde se incluyen los aspectos relevantes de los componentes MECI, MIPG e ISO 9001.	AUDITOR OJHS Conforme: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a El diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), se integran 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 durante 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	AUDITOR OJHS: 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			EAO	Gestión Tecnológica y de la Información	45	La entidad establece actividades de control relevantes sobre las infraestructuras tecnológicas; los procesos de gestión de la seguridad y desarrollo y mantenimiento de tecnologías	AUDITOR EAO: 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, diseño un instrumento denominado "CONTROL Y SEGUIMIENTO EJECUCION CONTRATOS TICS-UAESP", el cual contiene la planeación y ejecución (testado, alertas, etc...), de los procesos contractuales en la concierne a la infraestructura tecnológica de la Unidad.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR EAO: 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".	AUDITOR EAO Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Tecnológica y de la Información lo referente a 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. 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 o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	AUDITOR EAO: 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			EAO	Gestión Tecnológica y de la Información	46	Para los proveedores de tecnología selecciona y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO: 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". Así mismo mediante los comités primarios mensuales, la OTIC, realiza el seguimiento y el nivel de cumplimiento de los proveedores.	AUDITOR EAO Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Tecnológica y de la Información lo referente a Para los proveedores de tecnología selecciona y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios Se observa que la Unidad, mediante la oficina TIC'S, establece la actividad de control de los diferentes proveedores de servicio mediante el instrumento "CONTROL Y SEGUIMIENTO EJECUCION CONTRATOS TICS-UAESP". Así mismo mediante los comités primarios 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	AUDITOR EAO: 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			OJHS	Servicio al Ciudadano	47	Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	AUDITOR OJHS: El personal asociado al proceso de "Servicio al Ciudadano dispone de los siguientes documentos en los cuales se pueden inferir los roles y responsabilidades al interior del proceso: Protocolo de Atención al ciudadano Manual de Atención al ciudadano Decreto 847/2019 Política Pública de atención al ciudadano Decreto 197/2014. Adicionalmente, con la entrada en vigencia de la Resolución 313 de 2020, se distribuyen las responsabilidades de la gestión de riesgos y del control al interior de la Entidad, operacionalizando el Sistema de Control Interno de la UAESP, bajo el esquema de líneas de defensa.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No.2 del 8 de agosto de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los instrumentos técnicos del Sistema de Control Interno de la entidad donde se incluyen los aspectos relevantes de los componentes MECI, MIPG e ISO 9001.	AUDITOR OJHS Conforme: Al verificar en el proceso Servicio al Ciudadano lo referente a Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones. El personal asociado al proceso de "Servicio al Ciudadano dispone de los siguientes documentos en los cuales se pueden inferir los roles y responsabilidades al interior del proceso: Protocolo de Atención al ciudadano Manual de Atención al ciudadano Decreto 847/2019 Política Pública de atención al ciudadano Decreto 197/2014. Adicionalmente, con la entrada en vigencia de la Resolución 313 de 2020, se distribuyen las responsabilidades de la gestión de riesgos y del control al interior de la Entidad, operacionalizando el Sistema de Control Interno de la UAESP, bajo el esquema de líneas de defensa. De otra parte, para el personal contratista se cuenta con los soportes documentales de las obligaciones contractuales, las cuales se orientan al cumplimiento del protocolo y el Manual de Atención al Ciudadano. Para el caso de funcionarios de planta se evidencia que el manual de funciones se actualizó recientemente producto del proceso de selección adelantado con nombramiento en el año 2020 y este documento realiza la desagregación por dependencias y por cada cargo de 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 o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	AUDITOR OJHS: Se recomienda, que en el momento que se requieran las actas de los comités del SIG a los secretarías técnicas se compartidas en tiempo y oportunidad para realizar las verificaciones necesarias.

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 *			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				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	5.3 7.2	JIP	Alumbrado Público	47	Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	AUDITOR JIP: Las roles están definidas e identificados en la Resolución 696 de 2017 para el Modelo de Transformación Organizacional de la Unidad. https://sites.google.com/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.	AUDITOR JIP: 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	AUDITOR JIP: Solicitar apoyo al proceso de Direccionamiento estratégico 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	OJHS	Gestión Integral de Residuos	47	Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	AUDITOR OJHS: El personal asociado al proceso de "Servicio al Ciudadano dispone de los siguientes documentos en los cuales se pueden inferir los roles y responsabilidades al interior del proceso: Protocolo de Atención al ciudadano Manual de Atención al ciudadano Decreto 847/2019 Política Pública de atención al ciudadano Decreto 197/2014. Adicionalmente, con la entrada en vigencia de la Resolución 313 de 2020, se distribuyen las responsabilidades de la gestión de riesgos y del control al interior de la Entidad, operacionalizando el Sistema de Control Interno de la UAESP, bajo el esquema de líneas de defensa.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No. 2 del 8 de agosto de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los instrumentos técnicos del Sistema de Control Interno de la entidad donde se incluyen los aspectos relevantes de los componentes MECI, MIPG e ISO 9001. De otra parte, para el personal contratista se cuenta con los soportes documentales de las obligaciones contractuales, las cuales se orientan al cumplimiento del protocolo y el Manual de Atención al Ciudadano. Para el caso de funcionarios de planta se evidencia que el manual de funciones se actualizó recientemente producto del proceso de selección adelantado con nombramiento en los años 2020 y este documento realiza la desagregación por dependencias y por cada cargo de 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 o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa.	Conforme	AUDITOR OJHS: Se recomienda, que en el momento que se requieran las actas de los comités del SIG a los secretarías técnicas se compartan en tiempo y oportunidad para realizar las verificaciones necesarias.
Act. C	DCI	9.2 6.1	IDS	Evaluación y Mejora	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.	AUDITOR IDS: La Unidad estableció la política de gestión de riesgos http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%CC%81tica%20de%20administraci%C3%B3n%20de%20riesgos%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/modeo-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/ditables/FM-12%20Mapa%20de%20riesgos%20V9.xsm	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Evaluación y Mejora lo referente a 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. 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	AUDITOR IDS:
Act. C	DGVR	9.1 9.2	HMP	Gestión de Asuntos Legales	49	Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control.	AUDITOR HMP: La evaluación se realiza mediante la ejecución del Plan Anual de Auditorías, en el cual está incluida la Auditoría del SIG donde se evalúan la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otras herramientas. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/plan%202020.pdf http://www.uaesp.gov.co/images/PAA_2019.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control. SAL: Se observa el acta de comité primario del 29 de Enero de 2020 don el proceso de gestión de asuntos legales ha efectuado cambio en formatos y procedimientos SAF: No se logra 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	AUDITOR HMP:
Act. C	DGVR	9.1 9.2	JIP	Servicios Funerarios	49	Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control.	AUDITOR JIP: 1. Normograma, 2. El Instructivo para Servicios Funerarios (declaratoria de deudores), 3. Mapa de riesgos http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/plan%202020.pdf http://www.uaesp.gov.co/images/PAA_2019.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control. 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	AUDITOR JIP:

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			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	9.1 9.2	IDS	Gestión de las comunicaciones	Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Desde el proceso Gestión de Comunicaciones se realiza cambio al Plan Estratégico de comunicaciones PL-01 Plan Estratégico de Comunicaciones V5 y Protocolos de Comunicaciones PT-01 Protocolos del Proceso Gestión de Comunicaciones V1, las cuales se pueden consultar en los siguientes enlaces http://www.uaesp.gov.co/mode-lo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/mode-lo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx	AUDITOR IDS: Comité Primario	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a Se evalúa la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales u otras herramientas para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control. 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/mode-lo-transformacion-organizational/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/mode-lo-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.	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	AUDITOR IDS:				
Act.C	DER	9.1 9.2					IDS	Evaluación y Mejora	El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	AUDITOR IDS: La Unidad estableció la política de gestión del riesgo http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%CC%81tica%20de%20administracio%CC%81n%20de%20riesgo%2024.5.19.doc y el formato FM-19 Diseño del control V1 para evaluar los diseños de los controles formulados.	AUDITOR IDS: Comité Primario	AUDITOR IDS Observación: Al verificar en el proceso Evaluación y Mejora lo referente a El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo 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 radcados 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	AUDITOR IDS:
Act.C	DDE	9.1 6.1									OJHS	Direccionamiento estratégico	Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: La unidad realiza el monitoreo periódico de los riesgos de gestión y corrupción acorde con la política de administración del riesgo. Se evidencia monitoreos realizados trimestralmente, mediante informe presentado por la Oficina Asesora de planeación Se documentan los monitoreos de riesgos en la pagina web de la UAESP en la sección de transparencia.	AUDITOR OJHS: 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. Este seguimiento es acompañado por el reporte consolidado por la Oficina Asesora de Planeación y el monitoreo que adelanta la Oficina de Control Interno No obstante no se evidencia que la verificación y/o análisis se lleve alguna instancia o comité para su evaluación por parte de la Alta Dirección durante la vigencia 2020.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)
Act.C	DCI	9.1 8.1					HMP	Gestión de Asuntos Legales	Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.					AUDITOR HMP: La unidad desde la Oficina Asesora de Planeación diseño el formato FM-19 Diseño del control V1, donde se puede verificar los responsables de ejecutar los controles. Así mismo esta documentada la Política de gestión de Riesgos donde se establece el Diseño de Controles. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%CC%81tica%20de%20administracio%CC%81n%20de%20riesgo%2024.5.19.doc	AUDITOR HMP: comité primario	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados SAL: Se observa el acta de comité primario del 29 de Enero de 2020 don el proceso de gestion 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 SAF: No se logra 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.
Act.C	DCI	9.1 8.1									JIP	Servicios Funerarios	Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: La unidad desde la Oficina Asesora de Planeación diseño el formato FM-19 Diseño del control V1, donde se puede verificar los responsables de ejecutar los controles. Así mismo esta documentada la Política de gestión de Riesgos donde se establece el Diseño de Controles. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%CC%81tica%20de%20administracio%CC%81n%20de%20riesgo%2024.5.19.doc	AUDITOR JIP: Actas de Comité Primario.	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados 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 el, se pudo observar la asignación de cada uno de los responsables para ejecutar o llevar a cabo los controles formulados para los riesgos identificados. 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.

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN			1	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				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	DCI	9.1	8.1	IDS	Gestión de las comunicaciones	52	Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados	AUDITOR IDS: La unidad desde la Oficina Asesora de Planeación diseño el formato FM-19 Diseño del control V1, donde se puede verificar los responsables de ejecutar los controles. Así mismo esta documentada la Política de gestión de Riesgos donde se establece el Diseño de Controles. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%C3%81tica%20de%20administracio%CC%81n%20de%20riesgo%2024.5.19.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité Primario	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados OACRI - El 04/06/2020, se observa en comité primario del proceso Gestión de Comunicaciones, 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.	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	AUDITOR IDS: Monitorear que los controles se ejecuten conforme aprobación realizada.
Act.C	DCI	9.1	8.5.6	HMP	Gestión de Asuntos Legales	53	Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño	AUDITOR HMP: Política de gestión de Riesgos donde se establece el Diseño de Controles. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%C3%81tica%20de%20administracio%CC%81n%20de%20riesgo%2024.5.19.doc http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-12%20Mapa%20de%20riesgos%20V9.xlsx y El Diseño de Control FM-19 http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-19%20Diseno%20de%20control%20V1.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: comité primario	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño 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 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	AUDITOR HMP:
Act.C	DCI	9.1	8.5.6	JIP	Servicios Funerarios	53	Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño	AUDITOR JIP: Política de gestión de Riesgos donde se establece el Diseño de Controles. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%C3%81tica%20de%20administracio%CC%81n%20de%20riesgo%2024.5.19.doc http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-12%20Mapa%20de%20riesgos%20V9.xlsx y El Diseño de Control FM-19 http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-19%20Diseno%20de%20control%20V1.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: Comités primarios verificar actas. Y fechas FM-19 Diseño del control V1.	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño En los soportes presentados como evidencias (actas de Comité Primario de los meses agosto, octubre, noviembre y diciembre de 2019 y de abril, mayo, junio de 2020, se observa en el acta del comité primario del mes de septiembre de 2019 que se incluye el tema de los riesgos (Mapa de riesgos). En consecuencia de lo anterior, se determina cumplimiento a la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, a través de las actividades formuladas para cada procedimiento contemplados 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	AUDITOR JIP:
Act.C	DCI	9.1	8.5.6	IDS	Gestión de las comunicaciones	53	Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño	AUDITOR IDS: Política de gestión de Riesgos donde se establece el Diseño de Controles. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%C3%81tica%20de%20administracio%CC%81n%20de%20riesgo%2024.5.19.doc http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-12%20Mapa%20de%20riesgos%20V9.xlsx y El Diseño de Control FM-19 http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-19%20Diseno%20de%20control%20V1.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité Primario	AUDITOR IDS OI: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a Se evalúa la adecuación de los controles a las especificidades de cada proceso, considerando cambios en regulaciones, estructuras internas u otros aspectos que determinen cambios en su diseño OACRI - El 04/06/2020, se observa en comité primario del proceso Gestión de Comunicaciones, 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.	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.	0	AUDITOR IDS:
IC	DIIC	7.5	-	EAO	Gestión Tecnológica y de la Información	54	La entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos	AUDITOR EAO: La OTIC de la Unidad, ha venido realizando actividades en el proceso de integración del Sistema Distrital de Quejas y soluciones, tales como: mesas de trabajo con el personal de apoyo para iniciar el desarrollo del cliente que consume el Web servicio del Sistema Distrital de quejas y soluciones en una primera fase con las peticiones diligenciadas a través de la Web de la Unidad, y que se radican directamente en el Sistema de Gestión Documental -ORFEO, y la obtención de las credenciales de autenticación de web servicio. Estas actividades realizadas por la Entidad, se evidencian en el Oficio enviado a la Veeduría Distrital con No. de radicado 20197000257601 de 04 de octubre de 2019.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	AUDITOR EAO: No se evidencia que la Entidad analice o verifique en algún comité o instancia, el diseño de sistemas de información para capturar y procesar datos, en este caso la integración del ORFEO con el Sistema Distrital de quejas y soluciones. No obstante la entidad ha venido gestionando avances en el desarrollo de estas herramientas.	AUDITOR EAO Observación: Al verificar en el proceso Gestión Tecnológica y de la Información lo referente a La entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos Se observa que la Entidad viene gestionando la integración de su Sistema de Gestión documental con el Sistema Distrital de quejas y soluciones. No obstante no se evidencia proyectos de desarrollo de sistemas de información propios que permitan la captura, procesamiento y transformación de información que requiere 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	AUDITOR EAO: Se recomienda que la Entidad, establezca proyectos de desarrollo de sistemas de información para la captura, procesamiento y transformación de la información que se requiere de acuerdo con las necesidades de la Unidad.

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			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	EAO	Gestión Tecnológica y de la Información	56	La entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permita su actualización	AUDITOR EAO: 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.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR EAO: 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 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.	AUDITOR EAO Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Tecnológica y de la Información lo referente a La entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permita su actualización Se observa que la Entidad, gestionó el inventario de activos de información y el Comité de Seguridad de la Información y Gobierno Digital, se realizó el seguimiento y aprobación de la matriz vigente de activos de información, así como la presentación del procedimiento de activos de información, el cual se encuentra pendiente de aprobación por parte de la OAP.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme	AUDITOR EAO: 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	Gestión Tecnológica y de la Información	56	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	AUDITOR EAO: 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.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR EAO: 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 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.	AUDITOR EAO Observación: Al verificar en el proceso Gestión Tecnológica y de la Información lo referente a 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 Se observa que la entidad cuenta con una fuente de datos para capturar y procesar la información, mediante la matriz de activos de información e índice de información clasificada y reservada actualizada en la página web. No obstante no se puede evidenciar que gestión o que utilidad tiene la información consolidada, y como influye para la toma de decisiones en el Unidad.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Observación	AUDITOR EAO: 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	Gestión Tecnológica y de la Información	57	La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes	AUDITOR EAO: 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.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Tecnológica y de la Información lo referente a La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes Se observa que la Unidad viene gestionando la implementación del MSPI, desde la vigencia 2019. Actualmente se están gestionando para aprobación los procedimientos que permitan la implementación del Modelo en un 100%. Mediante los Comités de Seguridad de la Información y Gobierno Digital, la OTIC, realiza el seguimiento, el nivel avance y cumplimiento de las actividades para la implementación del Modelo. No obstante estos instrumentos se deben revisar y/o actualizar conforme a los nuevos lineamientos que establezca la nueva resolución del MIPG.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme	AUDITOR EAO: 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	Gestión de las comunicaciones	58	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)	AUDITOR IDS: La OACRI cuenta con el Plan Estratégico de comunicaciones PL-01 Plan Estratégico de Comunicaciones VS y Protocolos de Comunicaciones PT-01 Protocolos del Proceso Gestión de Comunicaciones V1, http://www.uaesp.gov.co/modele-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modele-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.	AUDITOR IDS: Comité Primario	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a 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) 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 Estratégico de Comunicaciones en la página 8 Comunicaciones Internas y los establecido en los protocolos de comunicaciones página 14 numeral 4 Consejo de redacción. http://www.uaesp.gov.co/modele-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modele-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.	Conforme	AUDITOR IDS:

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			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	<p>La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad)</p> <p>AUDITOR HMP: 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.</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: comité primario comité de responsabilidad social comité institucional de archivo	<p>AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Documental lo referente a La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad El proceso de Gestion documental cuenta con una serie de procedimientos en los que se aplica la responsabilidad y niveles de autoridad con la administración de la información.</p> <p>PC-01_Gestion_Archivo_Central V3 PC-03_Desarrollo_Colecciones Centro_Documentacion V2 PC-04 Organización de Archivos de gestion_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</p>	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	AUDITOR HMP:
IC	DIC	7.4	OJHS	Servicio al Ciudadano	<p>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</p> <p>AUDITOR OJHS: 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 anticorruption@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. Adicionalmente durante el segundo semestre de 2020, se logró vincular el acceso telefonico 3580400 opcion 4, como espacio habilitado para la recepción de denuncias por actos de corrupción.</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: Al verificar en el proceso Servicio al Ciudadano lo referente a 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 La entidad desarrolla los reportes y seguimientos a los canales de información internos y externos. Sin embargo, no se identifica información documentada respecto al seguimiento a la línea telefónica interna para la denuncia anónima o confidencial.	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	AUDITOR OJHS: 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 de corrupción y afectaciones al Código de Integridad.	
IC	DIC	7.4	IDS	Gestión de las comunicaciones	<p>La entidad establece e implementa políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva</p> <p>AUDITOR IDS: 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-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/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-organizacional/procesos_mto.php?id=estrategicas_comunicaciones</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité Primario	<p>AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a La entidad establece e implementa políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva 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 actúa bajo el lineamiento de los protocolos, y el plan de comunicaciones para el desarrollo de las acciones comunicativas internas, los cuales se pueden consultar en los siguiente enlaces http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx</p>	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	AUDITOR IDS:
IC	DIC	8.2.1	IDS	Gestión de las comunicaciones	<p>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).</p> <p>AUDITOR IDS: 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/modeo-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/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-organizacional/procesos_mto.php?id=estrategicas_comunicaciones http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/riesgos/Mapa%20Riesgos%20GCO%202020.xlsx#93</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comites Primarios	<p>AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a 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). Se observa el diseño de controles para la OACRI formulados en el formato FM-19 Diseño del control V1, los cuales fueron aprobados por la OAP. Así se observan los lineamientos establecidos en el Plan Estratégico de Comunicaciones y los Protocolos de Gestión de las Comunicaciones, para la comunicación externa. Evidencias Diseño de Controles</p>	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	AUDITOR IDS:

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN			MECI	MIPG	NTC ISO	1	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
2	3	4							5	6	7	8	9	10			
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?											
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.	AUDITOR IDS: 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/mode-lo-transformacion-organizacional/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20de%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx http://www.uaesp.gov.co/mode-lo-transformacion-organizacional/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/mode-lo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=estrategicos_comunicaciones	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comités Primarios	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a 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 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	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	AUDITOR IDS:							
64	La entidad cuenta con procesos o procedimiento 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)	AUDITOR HMP: Se tienen los siguientes procedimientos donde se indica la relación 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.	AUDITOR HMP: comité primario comité de responsabilidad social comité institucional de archivo	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Documental lo referente a La entidad cuenta con procesos o procedimiento 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) 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	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	AUDITOR HMP:							
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.	AUDITOR IDS: 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/mode-lo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=estrategicos_comunicaciones	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comites Primarios	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a 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 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 esta 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/mode-lo-transformacion-organizacional/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	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	AUDITOR IDS:							
66	La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente	AUDITOR HMP: 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%20Interes%CC%81s%20UAESP.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: comité directivo de gestión	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente 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	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	AUDITOR HMP:							
66	La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente	AUDITOR JIP: 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%20Interes%CC%81s%20UAESP.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: Seguimiento Matriz de análisis de los Grupos de Interés Para Alumbrado; Servicios Funerarios y Subsidios Funerarios, Disposición Final. Comité de Transición Organizacional	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente 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 Relacionamento 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	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	AUDITOR JIP:							

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			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	4.2	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	AUDITOR IDS: 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/Caracterizacion%CC%81n%20Grupos%20de%20inter%CC%81s%20UAESP.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité Directivo de Gestión	AUDITOR IDS 0: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a La Entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente 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.	5	0	AUDITOR IDS:
IC	DDE	9.1.2				OIHS	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	AUDITOR OIHS: 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.			
IC	DDE	9.1.2	JIP	Servicios Funerarios	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	AUDITOR JIP: 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.	AUDITOR JIP: 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.	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a 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 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.	5	Conforme	AUDITOR JIP:
IC	DDE	9.1.2				OIHS	Gestión Integral de Residuos	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	AUDITOR OIHS: 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.			
MI	DCI	9.2	IDS	Evaluación y Mejora	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 sus ejecución	AUDITOR IDS: El procesos de evaluación y mejora cuenta con el procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12 http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-04%20%20Auditorias%20temas%20V12.doc , donde se puede observar que en la actividad No. 3 se debe elaborar el Plan anual de auditorias para ser aprobado por el CCCI.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Evaluación y Mejora lo referente a 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 sus ejecución 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 auditorias del 2018 en el acta No. 1 de 2019 y para el plan anual de auditorias 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.	5	Conforme	AUDITOR IDS:
MI	DCI	9.3				IDS	Evaluación y Mejora	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	AUDITOR IDS: Resolución No. 696 de 2017 http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/files/Resolucion696-2017.pdf Segimientos en los comites directivos de gestión.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.			

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACIÓN CON MODELOS DE GESTIÓN			1	AUDITORES INTERNOS	PROCESO AUDITADO	2	Explicación de cómo la Entidad evidencia que está dando respuesta al requerimiento *			EVIDENCIA DEL CONTROL *			3	RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE
MECI	MIPG	NTC ISO					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)				
M	DCI	-	9.2	6.1	IDS	Evaluación y Mejora	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 efectividad para evitar la materialización de riesgos	AUDITOR IDS: La Unidad establece la política de gestión del riesgo http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%CC%811ca%20de%20administracion%CC%811n%20de%20riesgo%2024.5.19.doc y el formato FM-19 Diseño del control V1 para evaluar los diseños de los controles formulados.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: 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	AUDITOR IDS:
M	DCI	-	9.1	4.4	OIHS	Direccionamiento estratégico	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	AUDITOR OIHS: La Unidad cuenta con 4 procedimientos de monitoreo continuo, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones. Estos procedimientos están formalizados en el sitio del Sistema Integrado de Gestión en la página web de la Entidad. *PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional VS. *PC-02 Proyectos de Inversión V6. *PC-07 Administración Riesgos V6. *PC-08 Indicadores de gestión V8.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OIHS: No se ha verificado en algún comité o instancia, la revisión y aprobación de los procedimientos de 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	AUDITOR OIHS: Enviar copia de los informes a la Alta Dirección o exponer en los Comités de Gestión y Desempeño yo CICI para conocimiento de la Alta Dirección y la toma de decisiones en forma oportuna.
M	DCI	-	9.1	10.0	IDS	Evaluación y Mejora	72	Frente a las evaluaciones independientes la entidad considera evaluaciones externas de organismos de control, de vigilancia, certificadores, ONG's u otros que permitan tener una mirada independiente de las operaciones	AUDITOR IDS: El proceso de evaluación y mejora cuenta con el procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12 http://www.uaesp.gov.co/modele-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-04%20Auditorias%20Internas%20V12.doc , donde se puede observar que en las actividades No. 1 Elaborar Plan Anual de Auditorías Internas donde se deben contemplar las auditorías internas, externas de entes de control de la Contraloría de Bogotá y la Contraloría General de la Nación y Auditorías Externas al Sistema Integrado de Gestión	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité Directivo de Gestión	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	AUDITOR IDS:
M	DCI	-	9.1	10.0	IDS	Evaluación y Mejora	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	AUDITOR IDS: El proceso de evaluación y mejora cuenta con el procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12 http://www.uaesp.gov.co/modele-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-04%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.	AUDITOR IDS: Comité Institucional de Coordinación 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	AUDITOR IDS:
M	DCI	-	9.1	10.0	IDS	Evaluación y Mejora	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	AUDITOR IDS: Informe de implementación políticas de gestión y desempeño - MIPG 2019 http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Informe%20Pol%CC%811cas%20de%20autodiagnostico%CC%811cas%29%20MIPG%202831-12-2019%29.pptx . Publicación en página 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.	AUDITOR IDS: Comité Directivo de Gestión	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	AUDITOR IDS:
M	DCI	-	9.1	8.7	OIHS	Direccionamiento estratégico	75	La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo	AUDITOR OIHS: La Entidad 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. Adicionalmente, con la entrada en vigencia de la Resolución 313 de 2020, se distribuyen las responsabilidades de la gestión de riesgos y del control al interior de la Entidad, operacionalizando el Sistema de Control Interno de la UAESP, bajo el esquema de líneas de defensa.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OIHS: 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.	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	AUDITOR OIHS:

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 *			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				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?			
M	DCI	9.3	EAO	Direccionamiento estratégico	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	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO Conforme: Al verificar en el proceso Direcciónamiento estratégico lo referente a 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. Se evidencia en el OCCI 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	Conforme	AUDITOR EAO: No requiere recomendación.
M	DCI	6.1	OIHS	Direccionamiento estratégico	77	Los procesos y/o servicios tercerizados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos	AUDITOR OIHS: 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. De otra parte, los procesos de supervisión e inventorial de los procesos y/o actividades tercerizadas son evaluadas conforme el nivel de riesgos en su operación por parte de la entidad y firmas interventoras.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OIHS: En el Comité de Coordinación de Control Interno, mediante acta No. 2 del 8 de agosto de 2020, se presentan los resultados de la evaluación de los instrumentos técnicos del Sistema de Control Interno de la entidad donde se incluyen los aspectos relevantes de los componentes MECI, MIPG e ISO 9001.	AUDITOR OIHS Conforme: Al verificar en el proceso Direcciónamiento estratégico lo referente a Los procesos y/o servicios tercerizados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos. 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 y Acta # 2 de 8 de agosto de 2020. De otra parte, se cuenta con los informes de supervisión e inventorial de los procesos tercerizados por la entidad, mediante informes mensuales que dan cuenta de la operación y ha previsión de riesgos en el desarrollo del objeto contratado.	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	AUDITOR OIHS:
M	DIC	8.2.1	OIHS	Servicio al Ciudadano	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	AUDITOR OIHS: Así mismo los usuarios pueden realizar o interponer quejas en link pars http://www.uaesp.gov.co/content/crear-pqrd publicado en la unidad o vía correo electrónico a tares@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.	AUDITOR OIHS: comité primario comité OCCI	AUDITOR OIHS Conforme: Al verificar en el proceso Servicio al Ciudadano lo referente a 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 Informe de Calidad del servicio- ver informe. De l Alcalá Mayor de Bogotá.	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	AUDITOR OIHS:
M	DCI	9.1	HMP	Gestión de Asuntos Legales	79	Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).	AUDITOR HMP: La Unidad a través del proceso de Evaluación y Mejora cuenta con el procedimiento PC-03 PM Acciones 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/modeo-transformacion-organizacion/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-03%20PM%20Acciones%20preventivas%20y%20de%20mejora%20V9.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: comité primario	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea). 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 las actas 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	Conforme	AUDITOR HMP:
M	DCI	9.1	JIP	Alumbrado Público	79	Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).	AUDITOR JIP: La Unidad a través del proceso de Evaluación y Mejora cuenta con el procedimiento PC-03 PM Acciones 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/modeo-transformacion-organizacion/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-03%20PM%20Acciones%20preventivas%20y%20de%20mejora%20V9.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: Planes de Mejoramiento Actas de Comité Primario.	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Alumbrado Público lo referente a Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea). 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.	Mantenimiento del control	Conforme	AUDITOR JIP:
M	DCI	9.1	OIHS	Gestión de las comunicaciones	79	Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).	AUDITOR OIHS: La Unidad a través del proceso de Evaluación y Mejora cuenta con el procedimiento PC-03 PM Acciones 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/modeo-transformacion-organizacion/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-03%20PM%20Acciones%20preventivas%20y%20de%20mejora%20V9.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OIHS: Comité Primario Comité de Redacciones	AUDITOR OIHS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea). Al verificar el Acta 10- Noviembre de 2020, de Comité Primario del Proceso de Gestión de Comunicaciones se da cuenta de la atención de las observaciones y recomendaciones de la Oficina Asesora de Planeación en relación con el Seguimiento Plan de Acción e indicadores de la oficina. En tal sentido, se evidencia que el proceso analiza y evalúa las recomendaciones, observaciones y oportunidades de mejora al interior del proceso. que le aportan las 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	Conforme	AUDITOR OIHS: Se recomienda tratar los hallazgos identificados producto de las auditorías internas en los comités primarios.

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 *			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				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?	Mantenimiento del control	Deficiencia de control (diseño o ejecución)		
M	DCI	9.2	10.0	IDS	Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea)	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: El proceso de evaluación y mejora cuenta con el procedimiento PC-03 PM Acarrectivas preventivas y de mejora http://www.uaeap.gov.co/mo-delotransformacion-organizacionald/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-03%20PM%20Acarrectivas%20preventivas%20y%20de%20mejora%20V9.doc , en la actividad No. 10 nos indica que debemos realizar seguimiento y cierre de las acciones formuladas.	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Evaluación y Mejora lo referente a Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea) Se observa seguimiento a las acciones de los planes de mejoramiento de la contraloría de bogota, la contraloría general de la republica 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 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	Conforme	AUDITOR IDS:			
M	DCI	9.1	5.3	HMP	Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: La Unidad a través de la Resolución interna 696 de 2017 por la cual se adopta del Modelo de Transformación Organizacional y se constatuyen los comités para el SIG y los roles.	AUDITOR HMP Observación: Al verificar en el proceso Gestión Financiera lo referente a Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes SAF- NO SE EVIDENCIA CARGUE DE LAS ACTAS DE COMITÉ PRIMARIO	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	AUDITOR HMP: Se recomienda elaborar un acta por reunión (mes a mes) y compartir la copia como esta establecido en los paragrafos 1 y 2 del artículo 43 de la Resolución 296 de 2017.			
M	DCI	9.1	5.3	JIP	Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: Resolución No. 696 de 2017 - UAEAP. https://sites.google.com/a/uaeap.gov.co/resoluciones-uaeap/2017/Resoluci%C3%B3n%20No.%20696-2017.pdf?attredirects=0	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes 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.	Mantenimiento del control	Conforme	AUDITOR JIP:			
M	DCI	9.1	5.3	OJHS	Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: La Unidad a través de la Resolución interna 696 de 2017 por la cual se adopta del Modelo de Transformación Organizacional y se constatuyen los comités para el SIG y los roles.	AUDITOR OJHS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes Al verificar las actas de los Comités Primarios del proceso Gestión Integral de Residuos, se logra evidenciar el papel activo que desarrollan cada uno de los funcionarios y contratistas asociados al proceso y las orientaciones y que son reportados al jefe de la dependencia para su análisis y toma de decisiones. (Actas de octubre-septiembre 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	Conforme	AUDITOR OJHS:			
AC	DDE	4.2	-	OJHS	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	AUDITOR OJHS: Actualmente, se cuenta con un borrador de la matriz de partes interesadas, adaptando los lineamientos de entidades como la Veeduría Distrital y la Función Pública. Una vez se cuente con la aprobación de la matriz, se realizará una prueba piloto de funcionamiento y aplicación del formato con la Oficina de Comunicaciones y Gestión de del Conocimiento. Este borrador de caracterización se encuentra creado para algunos de los procesos que conforman el modelo de operación por procesos.	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Direcciónamiento estratégico lo referente a Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas Durante los meses de noviembre y diciembre de 2020, la Oficina Asesora de Planeación dio a conocer la nueva matriz de grupos de valor a los gestores de los procesos que conforman la Unidad. En tal sentido, se destaca la determinación de partes interesadas a nivel de procesos y se espera su completa consolidación durante la vigencia. 2021.	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	Observación	AUDITOR OJHS: Culminar con el proceso de actualización de la matriz de partes interesadas para la actual vigencia. Adicionalmente se recomienda digitalizar las actas de reunión del Comité respectivo, con el propósito de contar con la disponibilidad de los documentos que den cuenta de la verificación de esta actividad.			
AC	DDE	4.3	-	EAO	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	AUDITOR EAO: El alcance del SG de la Unidad, se ha determinado según Procesos operativos, productos y servicios. No obstante no contiene la descripción de las instalaciones físicas, ubicación y geografía. Se evidencia la descripción del alcance del sistema en el documento "Manual Operativo SIG - V9".	AUDITOR EAO: 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. AUDITOR EAO Observación: Al verificar en el proceso Direcciónamiento estratégico lo referente a El alcance del SG, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica 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)	Observación	AUDITOR EAO: 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 Desempeño.			

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			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	4.4	HMP	Gestión de Asuntos Legales	84	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	AUDITOR HMP: 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/modeo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=gestion_documental .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: 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	AUDITOR HMP:	
IC	DIC	4.4	JIP	Servicios Funerarios	84	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	AUDITOR JIP: 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/modeo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=gestion_documental .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: Comité Institucional de Archivo 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	AUDITOR JIP:	
IC	DIC	4.4	IDS	Gestión de las comunicaciones	84	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	AUDITOR IDS: 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/modeo-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.	AUDITOR IDS: 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	AUDITOR IDS:	
AC	DDE	5.2	OIHS	Direccionamiento estratégico	85	La política del SG con la que cuenta actualmente la UAESP está acorde con los propósitos establecidos.	AUDITOR OIHS: 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.	AUDITOR OIHS: 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 Despeño.	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Direccionamiento estratégico lo referente a la política del SG con la que cuenta actualmente la UAESP está acorde con los propósitos establecidos. 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	AUDITOR OIHS: Gestionar la realización del Comité Institucional de Gestión y Despeño, con el propósito de revisar y aprobar la Política del Sistema de Gestión, en el marco de la actualización del Nuevo Manual del SIG.

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			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	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.	AUDITOR HMP: 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	AUDITOR HMP: comité directivo de gestión	AUDITOR HMP Observación: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SG logre los resultados esperados. 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%20GI.R.xism?73 y los riesgos de corrupción en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/1ER%20SEGUIIMIENTO%20MAPA%20DE%20RIESGOS%20DE%20CORRUPCION%CC%81N%20-%20MRC%202020.xis , 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 calaro 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	AUDITOR HMP: 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	OJHS	Servicios Funerarios	86	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SG logre los resultados esperados.	AUDITOR OJHS: 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	AUDITOR OJHS: En los Comité Primario se realiza verificación del cumplimiento en la ejecución de los controles diseñados para los riesgos identificados.	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SG logre los resultados esperados. Al verificar los soportes presentados como evidencias por parte del auditado, actas de Comité Primario fechadas en la vigencia 2020 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. Sin embargo, no se evidencian 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.	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	AUDITOR OJHS: 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	OJHS	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.	AUDITOR OJHS: 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	AUDITOR OJHS: En los Comité Primario se realiza verificación del cumplimiento en la ejecución de los controles diseñados para los riesgos identificados.	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SG logre los resultados esperados. Al verificar los soportes presentados como evidencias por parte del auditado, actas de Comité Primario fechadas en la vigencia 2020 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. Sin embargo, no se evidencian 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.	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	AUDITOR OJHS: 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	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.	AUDITOR HMP: 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.	AUDITOR HMP: comité directivo de gestión	AUDITOR HMP Observación: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a La Unidad ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema. 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 calaro 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 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	AUDITOR HMP: 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	OJHS	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.	AUDITOR OJHS: 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	AUDITOR OJHS: En los Comité Primario se realiza verificación del cumplimiento en la ejecución de los controles diseñados para los riesgos identificados.	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a La Unidad ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema. Al verificar los soportes presentados como evidencias por parte del auditado, actas de Comité Primario fechadas en la vigencia 2020 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. Sin embargo, no se evidencian 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.	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	AUDITOR OJHS: 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.

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 *			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				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	OJHS	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.	AUDITOR OJHS: Se observan los riesgos de gestión o de procesos en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modeo-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	AUDITOR OJHS: En los Comité Primario se realiza verificación del cumplimiento en la ejecución de los controles diseñados para los riesgos identificados.	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	AUDITOR OJHS: 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.																
Act. C	DGC	6.3			88	Existe un lineamiento definido para determinar la necesidad de cambios en el SG y la gestión de su implementación?	AUDITOR OJHS: 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	AUDITOR OJHS: No se ha verificado en algún comité o instancia, la necesidad de establecer lineamientos para establecer la necesidad de realizar cambios al Sistema de Gestión 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	AUDITOR OJHS: 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			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.	AUDITOR HMP: 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.	AUDITOR HMP: 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	AUDITOR HMP: Dada a la falta de información suministrada por TH, no se logra concluir sobre el cómo 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.								
IM	DER	7.2			90	Se han determinado acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia las acciones tomadas	AUDITOR HMP: 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.	AUDITOR HMP: 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.	Conforme	AUDITOR HMP: 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			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.	AUDITOR HMP: Se referencia la resolución 696 de 2017, la cual establece los comités técnicos de la unidad y los roles asignados a cada uno. http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/files/Resolucion696-2017.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: 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	AUDITOR HMP:
Act. C	DTH	7.3			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.	AUDITOR JIP: Se referencia la resolución 696 de 2017, la cual establece los comités técnicos de la unidad y los roles asignados a cada uno. http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/files/Resolucion696-2017.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: Se referencia en las reuniones del Comité del Modelo de Transformación Organizacional.	3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.																				

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			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	DTH DQVR	7.3	IDS	Gestión de las comunicaciones	91	<p>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.</p> <p>AUDITOR IDS: Se referencia la resolución 696 de 2017, la cual establece los comités técnicos de la unidad y los roles asignados a cada uno. http://www.uaesp.gov.co/madeo-transformacion-organizacional/files/Resolucion696-2017.pdf</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité Primario	<p>AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de las comunicaciones lo referente a 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. OACRI - La Oficina Asesora de Comunicaciones y Relaciones Interinstitucionales, mediante los comités 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 política.</p>	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	AUDITOR IDS:
Act. C	DDE DQVR	8.1.4	HMP	Gestión de Asuntos Legales	92	<p>La UAESP cuenta con lineamientos para controlar la compra de productos y servicios de forma de asegure la conformidad del SG SST SGA</p> <p>AUDITOR HMP: 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 Gestión Ambiental</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: comité primario	<p>AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a La UAESP cuenta con lineamientos para controlar la compra de productos y servicios de forma de asegure la conformidad del SG SST SGA. En el Proceso de Talento Humano, se evidencia en el procedimiento PC-14 Requisitos legales SGSST V1 actividades 2 y 4 se definen el punto de control para el desarrollo y cumplimiento de las actividades. También 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. así mismo, el instructivo IN-01 - Fichas Verdes, mediante el cual, se da a conocer a los contratistas la importancia del Sistema de Gestión Ambiental</p>	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	AUDITOR HMP:
Act. C	DER DQVR	8.2.1	HMP	Servicio al Ciudadano	93	<p>Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.</p> <p>AUDITOR HMP: La unidad cuenta con una encuesta publicada en la página 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 pars http://www.uaesp.gov.co/content/crear-pqrpublicado en la unidad o vía correo electrónico a taresdelcorreo.uaesp@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.</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: comité primario	<p>AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Servicio al Ciudadano lo referente a Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. En la página 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.</p>	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	AUDITOR HMP:
Act. C	DER DQVR	8.2.1	JIP	Servicios Funerarios	93	<p>Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.</p> <p>AUDITOR JIP: La unidad cuenta con una encuesta publicada en la página 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 pars http://www.uaesp.gov.co/content/crear-pqrpublicado en la unidad o vía correo electrónico a taresdelcorreo.uaesp@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. De otro lado se cuenta en la página con el link http://www.uaesp.gov.co/content/participacion-y-control-social</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: Informes de Atención al ciudadano Ver documento con el informe de resultados de la rendición de cuentas 2019.	<p>AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. 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. Adicionalmente, en la página Web de la entidad, se encuentra el link para acceder a Participación Ciudadana - Rendición de Cuentas - Responsabilidad Social - Control Social y allí se observa el Informe de Rendición de Cuentas 2019, en el cual se plasmaron entre otros temas "los espacios de rendición de cuentas y canales de participación que se desarrollaron en la ejecución de la estrategia de rendición de cuentas 2019, el cual hace parte de uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano", para lo cual se puede inferir que son mecanismos utilizados para la retroalimentación con los usuarios (clientes), relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. Lo anterior da cumplimiento a lo establecido en el literal (e) del numeral 8. 5.5 de la Norma ISO 9001:2015.</p>	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	AUDITOR JIP:

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				¿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	DER	DGVR	8.2.1		93	<p>Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.</p> <p>AUDITOR IDS: La unidad cuenta con una encuesta publicada en la página 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 http://www.uaesp.gov.co/content/crear-pqrpublicado en la unidad o vía correo electrónico a talesdelcorreo.uaesp@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 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.</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR IDS: Comité Primario	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. 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 página 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 auditoría al SIG No. No 20191100062033 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, Telefónico 3580400 extensiones 1527, 1549, 1529, 1544 y 1567 y en el siguiente enlace publicado en la página web de la unidad http://www.uaesp.gov.co/content/crear-pqr .	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	AUDITOR IDS:
Act. C	DGVR	DER	8.2.3		94	<p>La UAESP se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.</p> <p>AUDITOR JIP: Plan Maestro Decreto 313 de 2006 "Par el cual se adapta el Plan Maestro de Cementerios y Servicios Funerarios para la ciudad de Bogotá -PMCSF- y se dictan otras disposiciones" Cumplimiento de Metas PODB Proceso de gestión de Comunicaciones ubicado en el link: http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=estrategicas_comunicaciones</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: Anteproyecto presupuestal 2020. Actas de Comité Primario.	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a La UAESP se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos. El Plan Maestro finalizó en la gestión 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 (llevado 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	AUDITOR JIP:
M	DGVR	DER	8.2.3		95	<p>La UAESP revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.</p> <p>AUDITOR OJHS: Procedimientos. Instructivo de Servicios Funerarios (http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/procesos_mto.php?id=misionales_funerarios). Contrato de Fianza Vigente (el que soporta el programa)</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: Informes mensuales de Supervisión y Control contemplados dentro de Proceso. Formato SFU- FM-02 V8.	AUDITOR OJHS Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a La UAESP revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este. 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 y diciembre de 2020, se observa 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.	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	AUDITOR OJHS: Documentar controles que permitan validar - revisar el cumplimiento de los requisitos del cliente (usuarios) determinados como pertinentes por el Sistema, antes de comprometerse a suministrar los servicios a estos.
Act. C	DGVR	DER	8.2.3		96	<p>Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.</p> <p>AUDITOR JIP: Plan Maestro Decreto 313 de 2006 "Par el cual se adapta el Plan Maestro de Cementerios y Servicios Funerarios para la ciudad de Bogotá -PMCSF- y se dictan otras disposiciones"</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: Informes mensuales de Supervisión y Control contemplados dentro de Proceso. Formato SFU- FM-02 V8.	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto. En los Comité Primario de los meses noviembre (llevado 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	AUDITOR JIP:
Act. C	DGVR	DTH	8.2.4		97	<p>Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.</p> <p>AUDITOR OJHS: Plan Maestro Decreto 313 de 2006 "Par el cual se adapta el Plan Maestro de Cementerios y Servicios Funerarios para la ciudad de Bogotá -PMCSF- y se dictan otras disposiciones" en el componente de Infraestructura</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: Informes Mensuales de Supervisión y Control Reuniones del Comité Primario.	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios. 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 dentro del 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	AUDITOR OJHS: 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.

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			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	8.3.1	OJHS	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.	AUDITOR OJHS: 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/modelo-transformacion-organizational/images/cadenas_valor_uaesp/gestionresiduos.xlsx?799 . 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.	AUDITOR OJHS: Comité Primario Comité Institucional de Gestión y Desempeño	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios. En las actas de septiembre a diciembre de 2020 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 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 entidad 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	AUDITOR OJHS: 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			99	La UAESP determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.	AUDITOR OJHS: 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/modelo-transformacion-organizational/images/cadenas_valor_uaesp/gestionresiduos.xlsx?799 . 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.	AUDITOR OJHS: Comité Primario Comité Institucional de Gestión y Desempeño	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a 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/modelo-transformacion-organizational/images/cadenas_valor_uaesp/gestionresiduos.xlsx?799 . 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 servicios toda vez que conforme con lo expuesto por el proceso en la actualidad no se realizan procesos de diseño y desarrollo. Situación que para nuevos procesos o servicios que deba tender la entidad, no se cuenta con referentes o criterios para adelantar estos procesos bajo el numeral de "Diseño y Desarrollo" de la 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	AUDITOR OJHS: 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			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.	AUDITOR OJHS: 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/modelo-transformacion-organizational/images/cadenas_valor_uaesp/gestionresiduos.xlsx?799 . 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.	AUDITOR OJHS: Comité Primario Comité Institucional de Gestión y Desempeño	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a 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. Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar por la UAESP, se consideraron los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios, así como las expectativas y necesidades para el servicio de aseo en la Ciudad de Bogotá	Esta información se consolida en los Estudios Técnicos que adelanta la SRBL donde se establecen todos los componentes, técnicos, administrativos, legales y financieros para la conformación del servicio y posterior contratación de los pliegos definitivos de los contratos de aseo en la ciudad.					No obstante, no se evidencia un proceso o procedimiento de diseño y desarrollo de servicios toda vez que conforme con lo expuesto por el proceso en la actualidad no se realizan procesos de diseño y desarrollo. Situación que para nuevos procesos o servicios que deba tender la entidad, no se cuenta con referentes o criterios para adelantar estos procesos bajo el numeral de "Diseño y Desarrollo" de la 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	AUDITOR OJHS: 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	8.3.4			101	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.	AUDITOR OJHS: La SRBL cuenta con la mapa de riesgos de gestión donde se formularon los controles para realizar seguimiento a la esta de Planeación http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizational/documentos/riesgos/Mapa%20de%20Riesgos%20GIR.xism?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.	AUDITOR OJHS: Comité Primario Comité Institucional de Gestión y Desempeño	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr. Luego de surtido el proceso de diseño y desarrollo de los servicios que contrato la entidad, se realizan ejercicios de supervisión e interventoría a los contratistas que desarrollan el servicio de aseo en las 5 zonas establecidas para cada operador.	De lo anterior, se cuenta con los informes de comité primario, al evidenciar los tratamientos, soluciones y situaciones que dan cuenta en cada Área de Servicio Especial.					De otra parte, la entidad ha fijado los procesos documentales que dan cuenta de los informes de interventoría a los contratistas, con lo cual se evalúan y se hace seguimiento al cumplimiento de las especificaciones técnicas establecidas por la Unidad para tal fin y aoptir de estos se desarrollan los procesos de pago a los operadores.	No obstante, no se evidencia un proceso o procedimiento de diseño y desarrollo de servicios toda vez que conforme con lo expuesto por el proceso en la actualidad no se realizan procesos de diseño y desarrollo. Situación que para nuevos procesos o servicios que deba tender la entidad, no se cuenta con referentes o criterios para adelantar estos procesos bajo el numeral de "Diseño y Desarrollo" de la ISO 9001: 2015. No se tiene criterios establecidos al interior del SGC para establecer los controles que deben tener los servicios contratados como lo son los operadores de aseo.	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

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			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	8.3.5	OIHs	Gestión Integral de Residuos	102	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.	AUDITOR OIHS: 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/modeo-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.	AUDITOR OIHS: Comité Primario Comité Institucional de Gestión y Desempeño	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo. Para el caso de la SRBL, la información del proceso de gestión se adelantan conform las TRD de la entidad, los cuales ademas de ser conservados, son publicados a la ciudadanía para su control socialR. http://www.uaesp.gov.co/content/infomes-supervision-y-control-rti	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (ejecución)	Se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.	Observación	AUDITOR OIHS: Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el numeralen 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	AUDITOR OIHS: La SRBL realiza los cambios de acuerdo a con informes de inventoria donde se indentifican la necesidad de ajustar el modo. GIR-PC-06 Supervisión y control de la gestión de residuos sólidos V1 http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/gestionresiduos/editables/PC-06%20Supervision%20y%20Control%20de%20a%20a%20gestion%20de%20Residuos%20solidos%20V1.doc . tambien se observa el formato Plan de Supervisión y control GIR-FM-08 Plan de supervisión y control V1, donde se observa la actividad de revision de informes de inventoria. http://www.uaesp.gov.co/modeo-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.	AUDITOR OIHS: Comité Primario Comité Institucional de Gestión y Desempeño	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar por la UAESP, se consideraron los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios, así como las expectativas y necesidades para el servicio de aseo en la Ciudad de Bogotá					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	AUDITOR OIHS: Se recomienda dar cumplimiento a lo establecido en el numeralen 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.	AUDITOR JIP: La Unidad cuenta con el procedimientoPC-01 Control de las salidas no conformes VS publicado en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/PC-01%20Control%20de%20las%20salidas%20no%20conformes%20VS.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR JIP: 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.	AUDITOR JIP Conforme: Al verificar en el proceso Servicios Funerarios lo referente a 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. Para Servicios Funerarios se cuenta con el Formato SFU-FM-02 "INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA SUBDIRECCION DE SERVICIOS FUNERARIOS Y ALUMBRADO PUBLICO". 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 o 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. Lo anterior, se constituye como una Conformidad, toda vez que se está dando cumplimiento a lo establecido en el numeral 8.7 "Control de las Salidas No Conformes" 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	AUDITOR JIP:				
M	DER	DCI			8.7	103	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.	AUDITOR OIHS: La Unidad cuenta con el procedimientoPC-01 Control de las salidas no conformes VS publicado en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/PC-01%20Control%20de%20las%20salidas%20no%20conformes%20VS.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OIHS: Comité Institucional de Gestión y Desempeño de Gestión	AUDITOR OIHS Observación: Al verificar en el proceso Gestión Integral de Residuos lo referente a 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 Subdirección de RBL en los informes de supervisión e inventoria, así como en las actas de Comité Primario evidencia la toma de decisiones frente a los manejos de no conformidades a través de seguimientos en el desarrollo de su objeto misional y la puesta en marcha del proceso de Acciones correctivas respectivo.					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	AUDITOR OIHS: 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.	AUDITOR HMP: La Unidad cuenta con el procedimientoPC-01 Control de las salidas no conformes VS publicado en el SIG http://www.uaesp.gov.co/modeo-transformacion-organizacional/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/PC-01%20Control%20de%20las%20salidas%20no%20conformes%20VS.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR HMP: comité primario	AUDITOR HMP Conforme: Al verificar en el proceso Gestión de Asuntos Legales lo referente a 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. SAL - se observa que en las acta de comites primarios enero a marzo 2020 El proceso de Gestion de Asuntos Legales realiza el tratamiento y la tomas de acciones en cuanto a las no conformidades que son descritas en los informes de auditoria. el proceso Evaluación y mejora mediante los procedimientos: PC-02 Medición de la satisfacción de los servicios de la UAESP V2 PC-03 PM Acorreativas 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.												

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			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?				
M	DER	DCI	8.7	8.6	JIP	Servicios Funerarios	105	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	AUDITOR JIP: La Unidad cuenta con el procedimiento PC-01 Control de las salidas no conformes VS 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.	AUDITOR JIP: 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.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme	AUDITOR JIP:
M	DER	DCI	8.7	8.6	OJHS	Gestión Integral de Residuos	105	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	AUDITOR OJHS: La Unidad cuenta con el procedimiento PC-01 Control de las salidas no conformes VS 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.	AUDITOR OJHS: Comité Institucional de Gestión y Desempeño de Gestión	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Observación	AUDITOR OJHS: 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 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	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	AUDITOR HMP: La Unidad cuenta con el procedimiento PC-01 Control de las salidas no conformes VS 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.	AUDITOR HMP: comité primario 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.	Conforme	AUDITOR HMP:
M	DER	DCI	8.7	-	OJHS	Direccionamiento estratégico	106	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras	AUDITOR OJHS: La Unidad cuenta con un procedimiento "PC-01 Control de las salidas no conformes VS", para el tratamiento de las salidas no conforme.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: En el Comité Institucional de Gestión y Desempeño 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.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Observación	AUDITOR OJHS: 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 organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.	AUDITOR EAO: 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-Par procesos, proyectos y dependencias V11, y FM-12 Plan de mejoramiento institucional-Centraloría de Bogotá V1, se documenta la información y descripción de las no conformidades, acciones tomadas y responsable asignada, producto de los ejercicios de auditoría interno y externo.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR EAO: 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 CICI 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.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Conforme	AUDITOR EAO: 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.

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

RELACION CON MODELOS DE GESTIÓN			1	AUDITORES INTERNOS	PROCESO AUDITADO	2	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					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)			
Act. C	DGVR	DER	9.1.2	EAO	108	La UAESP realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.	AUDITOR EAO: 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	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO Conforme: Al verificar en el proceso Direcciónamiento estratégico lo referente a La UAESP realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. 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	AUDITOR EAO: 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.	
Act. C	DGVR	DER	9.1.2	EAO	109	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.	AUDITOR EAO: El ejercicio de medición de la satisfacción de los servicios de las Unidades, se realiza de manera conjunta entre la OAP y las Dependencias Misionales. Por lo cual se establecen metas 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.	AUDITOR EAO: 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.	AUDITOR EAO Conforme: Al verificar en el proceso Direcciónamiento estratégico lo referente a Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información. 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 Direcciónamiento Estratégico con el área de Servicio al ciudadano, para la estructuración de la encuesta de la vigencia 2020. En el proceso de verificación de la Estructuración de la Encuesta 2020, es necesario fortalecer el proceso validación y aprobación mediante una instancia o Comité, en el que participe la Alta Dirección.	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	AUDITOR EAO: 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	OJHS	110	La UAESP analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.	AUDITOR OJHS: Mediante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño 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 del 8 de agosto de 2021	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	AUDITOR OJHS: Mediante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño 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.	AUDITOR OJHS Observación: Al verificar en el proceso Direcciónamiento estratégico lo referente a La UAESP analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición. Mediante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, y el Comité Institucional de Gestión y Desempeño 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 del 8 de agosto de 2020. Sin embargo, esta actividad es solo llevada a una sola reunión en la cual se abarca una gran cantidad de informes y seguimientos, lo que no permite realizar un análisis detallado en temas críticos.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	AUDITOR OJHS: Se recomienda fortalecer los ejercicios de medición de la percepción y satisfacción, con base a los resultados y lecciones aprendidas de los ejercicios anteriores.	
MI	DGVR	DER	10.3	IDS	111	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.	AUDITOR IDS: El proceso de evaluación y mejora cuenta con el procedimiento PC-03 PM Correctivas preventivas y de mejora http://www.uaesp.gov.co/modelo-transformacion-organizacional/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-03%20PM%20Correctivas%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.	AUDITOR IDS: Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	AUDITOR IDS Conforme: Al verificar en el proceso Evaluación y Mejora lo referente a Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada. 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 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.	Mantenimiento del control	Conforme	AUDITOR IDS:	

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

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	Direcciónamiento 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). Como se lleva a cabo (procedimiento); que 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"	Se basará de acuerdo con los ítem y basado en los resultados reportados por la Oficina de Control Interno	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	
		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-df744c1c07c?1=1588201893877>
- Manual Operativo MIPG, Versión 3 Departamento Administrativo de la Función Pública.
- NTC ISO 9001:2015

Consolidó: Andres Pabon S, Jefe Oficina Control Interno

Evaluaciones a junio y diciembre de 2020.

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* <small>(Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)</small>	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES DESDE LA MIRADA DE EVALUACION INDEPENDIENTE
MECI	MIPG	NTC ISO			PREGUNTAS	<small>Referencia a Procesos, Manuales/Políticas de Operación/Procedimientos/Instructivos u otros desarrollos que den cuenta de su aplicación</small>	¿PRESENTE?	<small>¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algun Comité/Instancia? <small>(Acta, tema y desarrollo)</small></small>	<small>Observaciones de la evaluación independiente (tener en cuenta papel de líneas de defensa)</small>	¿FUNCIONANDO?			