

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100007133**

Página 1 de 3

Bogotá D.C., 10 de febrero de 2021

PARA: **LUZ AMANDA CAMACHO SÁNCHEZ**
Dirección General

DE: **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

ASUNTO: Resultados de la Evaluación a la Gestión Institucional 2020, consolidado.

Respetada Dra. Luz Amanda:

De conformidad con lo establecido en el artículo 39 de la ley 909 de 2004; el numeral e) del artículo 2.2.21.4.9 del Decreto 1083 de 2015, modificado por Decreto 648 de 2017; entre otros, la Oficina de Control Interno realizó la verificación del cumplimiento y avance de la gestión de cada uno de los procesos y/o áreas de la UAESP, con corte al 31 de diciembre de 2020.

La verificación y análisis de cada uno de los procesos consistió en establecer el nivel de cumplimiento de la gestión para el Plan de Acción, la gestión de Contratación y Presupuestal, proyectos de Inversión (Metas plan de desarrollo), Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano, Mapas de riesgos de Gestión y de Corrupción Planes de Mejoramiento Institucional y Externos.

Para lo anterior se uso un instrumento de verificación en un aplicativo en Excel, que le permitiese al auditor evidenciar acciones y estado de estas, bajo metodología de planificación, gestión de riesgos vigentes en la UAESP.

Se planificó una auditoría en modo de trabajo en casa coordinado con los equipos de trabajo designados, por medio del cual se contó con datos e informes documentales y registros, de los cuales se realizaron los análisis correspondientes, que permitiesen dar cuenta de la ejecución de servicios institucionales. Sin embargo, se limitó a la falta de visitas en sitio. Lo anterior debido a la materialización de un riesgo asociados con un tema ambiental y sanitario (Pandemia COVID - 19) no previsto, lo que impacto en la realización de la auditoria.

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100007133**

Página 2 de 3

Bogotá D.C., 10 de febrero de 2021

Aunque cada líder de proceso cuenta con la evaluación específica, las conclusiones generales de la evaluación fueron:

- La gestión de la Entidad se estima en un 76,37%, dado el promedio de los resultados de la gestión institucional evaluada en las dependencias/proceso indicados en el presente documento. Resaltamos que en este promedio no está incluido el Proceso de Evaluación y mejora a cargo de la Oficina de Control Interno.
- Se observa seguimiento a las actividades de los componentes del PAAC y al Mapa de riesgos de Corrupción con corte al 31/12/2020, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011. No obstante, se observaron actividades con 0% de avance y algunas incumplidas.
- Se observa la documentación de controles para los riesgos de corrupción y el seguimiento de las acciones para prevenir la materialización de los riesgos.
- Se observa seguimiento a los Planes de mejoramiento externo Contraloría de Bogotá D.C. y Contraloría General de la Republica. No obstante, se observa el incumplimiento para el cierre de acciones correctivas, debido a que no se presentan las evidencias necesarias para recomendar cierre por los procesos.
- Se evidencia gestión de las acciones del plan de mejoramiento interno teniendo en cuenta que el 51% de las acciones ya se encuentran en cierre; sin embargo, el número de acciones incumplidas y vencidas en proceso también es bastante representativo, teniendo como factor en común el no acatamiento de los plazos definidos evidenciando de esta manera debilidades en la planeación.
- Se resalta la adecuada gestión del Plan de Mejoramiento de la Veeduría toda vez que no hay acciones incumplidas y las dos definidas para la vigencia 2020 ya fueron cerradas.

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100007133**

Página 3 de 3

Bogotá D.C., 10 de febrero de 2021

- Las dependencias presentaron dificultades para justificar el avance físico de 11 metas proyecto de inversión lo que evidencia debilidades en la planeación. En una meta proyecto no fueron entregadas las evidencias a la OCI para validar el avance.
- Doce actividades del Plan de Acción Institucional del 2020 (segundo semestre) no fueron finalizadas según lo programado para la vigencia.
- Cabe resaltar que, si bien la planta de personal cambió en su mayoría, se observó el esfuerzo de las áreas por presentar las evidencias para la atención de esta auditoría.

A la presente se anexa informe consolidado, que contiene principales aspectos de los resultados a nivel Entidad y de forma consolidada.

Cordialmente,

ANDRÉS PABÓN SALAMANCA

Jefe Oficina Control Interno

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

Anexos: Seis (6) Archivos virtuales, referentes a los Planes de Mejoramiento y Matrices de Riesgos.

Informado: Dr. Francisco Ayala Sanmiguel, Jefe Oficina Asesora de Planeación.

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		X	6.1; 7.1; 8.1; 9.1.3 y 10 de la NTC ISO 9001:2015
INFORME ⁽³⁾	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL, VIGENCIA 2020			
PROCESO, PROCEDIMIENTO, Y/O DEPENDENCIA	TODOS LOS PROCESOS			
RESPONSABLE Y/O AUDITADOS	LIDERES DE PROCESO Y EQUIPO DE TRABAJO DESIGNADOS.			
OBJETIVO	Verificar de forma Integral la gestión institucional de los procesos de la UAESP.			
ALCANCE	Acciones y actividades logradas con corte a 31 de diciembre de 2020.			
PERIODO DE EJECUCIÓN	Del 08 de enero al 04 de febrero de 2021			
EQUIPO AUDITOR	IVÁN DARÍO SIERRA BALLESTEROS (IDSB) SANDRA PATRICIA PARDO RAMIREZ (SPPR) LUZ STELLA CAÑÓN HERNANDEZ (LSCH) ERIKA MARCELA HUARI MATEUS (EMHM)			
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA ⁽⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Acción Institucional vigencia 2020 - Hoja de vida de indicadores y/o seguimientos Indicadores Procesos - Plan Anual de Adquisiciones 2020. - Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) 2016-2020, Metas resultado y producto (según corresponda) (reporte SEGPLAN). - Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC. - Mapa de Riesgos (de Proceso y de corrupción) - Planes de Mejoramiento Institucional y Externos. 			

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

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

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

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

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

1.1. En procura de la eficiencia y eficacia administrativa frente a las actividades de Auditoría Interna previstas según Plan Anual de Auditorías - PAA 2020, se realizó un examen del avance de la gestión institucional de la Entidad en cuanto al Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano y Riesgos de Corrupción, Planes de Mejoramiento Interno y Externo con el propósito de verificar avances y resultados, elementos de control y aspectos referentes al Sistema Integrado de Gestión de la UAESP.

1.2. Se utilizó instrumento de verificación que habitualmente se trabaja en Excel, que le permitiese al auditor evidenciar acciones y su estado, bajo metodología de planificación, gestión de riesgos vigentes en la UAESP.

1.3. Se planificó realizar reuniones mediante la herramienta virtual disponible en la Entidad (Microsoft Teams) que permitiesen dar cuenta de la ejecución de servicios institucionales en virtud de acciones asociadas a los procesos, metas proyecto de inversión, Plan de Desarrollo y Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC); acciones correctivas y de mejora (Plan de Mejoramiento); y acciones preventivas (Gestión de Riesgos).

1.4. Los resultados fueron comunicados directamente a los líderes de proceso y/o líderes de dependencia, se ilustró avance de las acciones de forma porcentual, así como, de observaciones frente a los aspectos verificados de forma puntual, con el propósito de propiciar análisis y toma de decisiones que promovieran el cumplimiento de lo planificado que redundará en una mejor prestación de servicios por parte de los procesos/dependencias. (Radicados UAESP No. SSFAP-20211100004253, SAL-20211100004403, SAF-20211100004003, OTIC- 20211100004013, OAP 20211100004273 -, SAPROV-20211100004153, SDF 20211100004293, SRBL-20211100004163 y OACRI -20211100004143).

1.5. El presente informe contiene los principales aspectos verificados a razón de los elementos de control fijados por la Entidad bajo la lectura de la eficacia del Sistema Integrado de Gestión que opera en la UAESP, bajo referentes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, MIPG; Modelo Estándar de Control Interno, MECI; y algunos numerales de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015, tal como se mencionó en el plan de auditoría (Radicado UAESP No. 20211100000183 de fecha 06/01/2021).

1.6. Cabe resaltar que el seguimiento se realizó en la versión No. 2 del PAAC, la cual fue modificada e informada vía correo electrónico a los procesos el día 16/06/2020 por la Oficina Asesora de Planeación – OAP. Se evidenciaron las siguientes modificaciones:

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

COMPONENTE 3: Se modificó.

Del subcomponente 2 se eliminó una actividad “Participar en las ferias de servicios programadas en el plan de acción de la mesa sectorial de participación ciudadana”.

Del subcomponente 3 se eliminó una actividad “Adelantar y participar en las acciones en función de la capacitación sobre control social hacia los grupos de interés, programadas en el plan de acción de la mesa sectorial de participación ciudadana”

COMPONENTE 4: Se modificó.

Del subcomponente 5 se modificaron 2 actividades “Realizar medición de la percepción del servicio al ciudadano de los trámites de la entidad” y “Realizar una encuesta de medición de los servicios de la Entidad” por “Identificar las necesidades de satisfacción de los usuarios con los trámites y servicios de la entidad” y “Aplicar la encuesta de la percepción del servicio al ciudadano de los trámites y servicios de la entidad”.

1.7. 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 disponible respecto de los avances por parte de los auditados, lo que significó replantear reuniones, o ampliar plazos con el objetivo de alcanzar una realizada institucional basada en evidencias.
- Desconocimiento de la dinámica organizacional de la UAESP por parte del auditados y auditores designados, teniendo en cuenta su reciente vinculación a la Entidad.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.1. CONFORMIDAD: PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL: Observamos que las diferentes dependencias gestionaron las actividades definidas para un cierre promedio del PAI de la Entidad en el segundo semestre del 2020 del 85,42%, el cual estuvo conformado por 54 actividades principales con sus correspondientes tareas.

DEPENDENCIA	% AVANCE PAI
Subdirección de Asuntos Legales (SAL)	100,0%
Subdirección Administrativa y Financiera (SAF)	66,3%
Subdirección de Recolección, Barrido y Limpieza (RBL)	100,0%
Subdirección de Aprovechamiento (SAPROV)	87,6%
Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público (SSFAP)	68,2%
Subdirección de Disposición Final (SDF)	63,2%
Oficina asesora de Comunicaciones y relaciones interinstitucionales (OACRI)	100,0%
Oficina asesora de planeación	100,0%
Oficina Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	83,5%
Total	85,42%

Destacamos las gestiones de las siguientes áreas con un cumplimiento del 100%: OACRI, SAL, RBL y OAP.

2.2. CONFORMIDAD: ACTUALIZACIÓN Y AVANCE DE LAS METAS PRODUCTO Y METAS PROYECTO DE INVERSIÓN Observamos que la Entidad actualizó y definió 12 metas producto con 5 proyectos que contienen un total de 30 metas proyectos de inversión los cuales apoyan el Plan de Desarrollo del Distrito 2020-2024 (Un nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI). De las 30 metas proyecto de inversión, 23 estaban programadas para ejecutarse en el 2020.

El resultado del año 2020 por dependencia es el siguiente:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Dependencia	Proyectos de inversión que gerencia y/o interrelacionan	Metas que gerencia y/o interrelacionan	Promedio de Avance físico metas
Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones	1	1	95,4%
Oficina asesora de Comunicaciones y relaciones interinstitucionales (OACRI)	1	1	94,0%
Subdirección de Recolección, Barrido y Limpieza (RBL)	1	4	87,1%
Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público (SSFAP)	3	8	76,7%
Subdirección de Aprovechamiento (SAPROV)	1	9	63,2%
Subdirección Administrativa y Financiera (SAF)	1	2	50,0%
Subdirección de Disposición Final (SDF)	1	4	25,0%
Oficina asesora de planeación	1	1	100,0%
Total			73,93%

En general, los procesos auditados presentaron las evidencias que demuestran el nivel de avance con respecto a lo planificado. El porcentaje de avance físico de acuerdo con lo revisado es del 73,93%:

2.3. CONFORMIDAD – PAAC: Respecto al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, PAAC, se realizó verificación y seguimiento a 57 actividades programadas, con un resultado en promedio del **80.6%** para los 6 componentes.

COMPONENTE	ACTIVIDADES POR SUBCOMPONENTE	ACCIONES PREVISTAS	AVANCE
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción (Mapa de Riesgos)	5	5	84%
Componente 2: Racionalización de trámites	1	1	100%
Componente 3: Rendición de Cuentas	8	8	56.2%
Componente 4: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano	14	14	74.7%
Componente 5: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información	11	11	89.3%
Componente 6: Iniciativas adicionales	18	18	79.8%
TOTAL	57	57	80.6% PROMEDIO

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.3.1. El componente Gestión de Riesgos de Corrupción, registra un avance del 84%, equivalente al seguimiento de 5 actividades. Se observan las actividades 2.1, 3.1 y 4.1 cumplidas al 100%, las actividades 1.1 y 3.2 responsabilidad del proceso Dirección estratégico no se cumplieron con un avance del 40% y el 80% respectivamente.

Componente 1. Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
Subcomponente 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción - Consulta y divulgación	1.1	Actualizar y socializar la política de gestión del riesgo en la entidad	40%	84%
Subcomponente 2 Revisión de los riesgos de Corrupción	2.1	Revisar, actualizar e identificar los riesgos de corrupción para la vigencia 2020	100%	
Subcomponente 3 Monitoreo o revisión	3.1	Actualizar y publicar el mapa de riesgos Institucionales 2020	100%	
	3.2	Reporte de monitoreo a las acciones establecidas para la mitigación de riesgos	80%	
Subcomponente / proceso 4 Seguimiento	4.1	Realizar seguimiento cuatrimestral a las matrices de riesgos	100%	

2.3.2. El componente Racionalización de Trámites, registra un avance del 100%, dado que la SRBL informa que se actualizó la APP, en cuanto a la ampliación para poder cargar archivos a 24 MB. se observa el funcionamiento del trámite en el SUIT. Se observa el formato integrado sobre la actualización del trámite Opción tarifaria multiusuario, en el cual se actualizó los canales en los que se pueden radicar la documentación (racionalización tecnológica). El cierre fue validado por Función Pública.

Componente 2. Racionalización de Trámites				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
N.A.	Opción Tarifaria Multiusuario		100%	100%

2.3.3. El componente Rendición de Cuentas, se observa un avance del 56.2% equivalente al seguimiento de 8 actividades, de las cuales las actividades 1.1 y 1.2 tienen un avance del 100%, las actividades 3.1 y 1.3 responsabilidad de Dirección Estratégico y el equipo de rendición de

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Cuentas presentan un avance del 93% y 90% respectivamente, la actividad 2.1 responsabilidad de la alta dirección presenta un avance del 50%, la actividad 2.2 responsabilidad del equipo de rendición de cuentas presenta un avance del 20% y las actividades 4.1 y 4.2 responsabilidad del equipo de rendición de cuentas presentan 0% de avance. De las 8 actividades se cumplieron 2, los 6 restantes están entre el 0% y el 90%.

Componente 3. Rendición de Cuentas				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	1. 1	Realizar un análisis del estado del proceso de rendición de cuentas	100%	56.2%
	1. 2	Identificar las necesidades de información para la rendición de cuentas	100%	
	1. 3	Identificar los canales de rendición de cuentas	90%	
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2. 1	Realizar ejercicio de rendición de cuentas	50%	
	2. 2	Acompañar la rendición de cuentas de los operadores que prestan los servicios que garantiza la UAESP	20%	
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3. 1	Atender los compromisos y acciones de mejora identificados en los espacios de rendición de cuentas.	93%	
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4. 1	Elaborar informes de resultados, logros y dificultades de los espacios de rendición de cuentas	0%	
	4. 2	Socializar los resultados de rendición de cuentas con nuestros grupos de interés	0%	

2.3.4. El componente Atención al Ciudadano, presenta un avance del 74.7%, equivalente al seguimiento de 14 actividades, de las cuales 8 (1.1, 1.2, 2.1, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2 y 5.2) se cumplieron al 100%, las actividades 1.3, 5.4 y 5.5 responsabilidad de servicio al ciudadano, 2.2 responsabilidad de direccionamiento estratégico, presentan un avance del 50%, las actividades 2.3 responsabilidad de servicio al ciudadano, 5.1 responsabilidad de direccionamiento estratégico y 5.3 responsabilidad de las áreas misionales presentan 0% de avance. De las 14 actividades se observa el cumplimiento de 7 con el 100% y 7 incumplidas con un avance entre 0% y el 50%.

Componente 4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
Subcomponente 1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1	Fortalecer la atención al ciudadano a través de los diferentes canales de atención	100%	74.7%
	1.2		100%	
	1.3	Adoptar la Política Pública Distrital del Servicio a la Ciudadanía en la UAESP	50%	
Subcomponente 2 Fortalecimiento de los canales de atención	2.1	Realizar cuatro (4) seguimientos al cumplimiento de criterios diferenciales de accesibilidad en los canales de atención de la Unidad.	100%	
	2.2	Verificar la coherencia de la información reportada de los trámites en los diferentes portales de información de trámites a nivel nacional y distrital (Guía de Trámites y Servicios y Mapa Callejero, SUIT, y VUC)	50%	
	2.3	Capacitar a los servidores en el uso del Centro de Relevó (discapacidad auditiva) y ConverTIC (personas sordas)	0%	
Subcomponente 3 Talento humano	3.1	Realizar actividades de divulgación a los funcionarios y grupos de interés del proceso de Servicio al ciudadano.	100%	
	3.2	Fortalecer las competencias de los servidores públicos en la atención del servicio al ciudadano	100%	
Subcomponente 4 Normativo y procedimental	4.1	Realizar campañas informativas sobre la responsabilidad de los servidores públicos frente a los derechos de los ciudadanos.	100%	
	4.2	Divulgar la carta de trato digno a los grupos de interés	100%	
Subcomponente 5 Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Revisar y actualizar la caracterización de los grupos de interés de la Unidad.	0%	
	5.2	Realizar la medición de satisfacción ciudadana para medir los criterios de calidad del servicio relacionados con las PQRS.	100%	
	5.3	Aplicar la encuesta de la percepción del servicio al ciudadano de los trámites y servicios de la entidad	0%	
	5.4	Identificar las necesidades de satisfacción de los usuarios con los trámites y servicios de la entidad	50%	
	5.5	Identificar las expectativas y experiencias de los servidores públicos frente al servicio al ciudadano	50%	

2.3.5. El componente Transparencia y Acceso a la Información, presenta un avance del 89.3%, equivalente al seguimiento de 11 actividades, de las cuales 8 (2.1, 2.2, 3.1, 3.3, 3.4, 4.1, 5.1 y 5.2)

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

presentan un avance del 100%, 2 presentan un avance del 95% actividad 1.2 y 3.2 responsabilidad de direccionamiento estratégico y la actividad 1.1 responsabilidad de direccionamiento estratégico presenta un avance del 0%. De las 11 actividades se cumplieron 8 con el 100% y se incumplieron 3 con un avance entre 0% y el 95%.

Componente 5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información			
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE	PROMEDIO
Subcomponente 1 Transparencia activa	1.1	Divulgar el protocolo para la publicación de los contenidos mínimos de información en el botón de Transparencia y Acceso a la Información Pública	0%
	1.2	Mantener actualizado el micro sitio de transparencia de la Unidad con la información pública establecida en la Ley de Transparencia y Derecho de Acceso a la Información Pública.	95%
Subcomponente 2 Transparencia pasiva	2.1	Elaborar y publicar tres (3) informes de seguimiento sobre solicitudes de información pública recibidas en la Unida (Resolución 3564 de 2015 - MinTIC)	100%
	2.2	Identificar la necesidades de información que requiere conocer la ciudadanía frente a los servicios que garantiza la Unidad	100%
Subcomponente 3 Instrumentos de gestión de la información	3.1	Revisar y actualizar el registro de activos de información e índice de información clasificada y reservada	100%
	3.2	Mantener actualizado el Esquema de Publicación de Información de la UAESP	95%
	3.3	Divulgar los datos abiertos de la UAESP	100%
	3.4	Publicación de información sobre contratación pública	100%
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	4.1	Implementar los criterios de accesibilidad en la página web de la Unidad, establecidos por la Política de Gobierno Digital del Ministerio TIC.	100%
Subcomponente 5 Monitoreo	5.1	Realizar dos (2) seguimientos a las acciones de mejora de los informes de estado de PQRS de las dependencias de la Unidad	100%
			89,3%

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

	5.2	Realizar seguimiento al cumplimiento de la ley de transparencia	100%
--	-----	-----------------------------------------------------------------	------

2.3.6. El componente Iniciativas Adicionales, presenta un avance del 79.8%, equivalente al seguimiento de 18 actividades, las actividades 1.2, 1.3, 2.1, alistamiento (actividades 1 y 2), armonización, diagnóstico, implementación (actividades 6,7,8 y 10) y seguimiento (actividades 12 y 13) presentan un avance del 100%, la actividad 9 de implementación responsabilidad de Gestores de Integridad, Gestión de Innovación, Gestión del Talento Humano presenta un avance del 50%, las actividades 1.1 responsabilidad de servicio al ciudadano, 2.2 direccionamiento estratégico, alistamiento (actividad 3) responsabilidad de gestión del talento humano e implementación (actividad 11) responsabilidad de Gestores de Integridad, Gestión de Innovación, Gestión del Talento Humano presentan un avance del 0%. De las 18 actividades se cumplieron 13 con el 100% y se incumplieron 5 con un avance entre el 0% y el 50%.

Componente 6. Iniciativas Adicionales				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE	PROMEDIO	
Subcomponente 1 Combatir la corrupción	1.1	Divulgar la Política para la identificación y de gestión de posibles conflictos de intereses de la UAESP.	0%	79,8%
	1.2	Divulgar la política anti soborno, antifraude y antipiratería de la Unidad	100%	
	1.3	Divulgar el canal de denuncia de hechos de corrupción y mecanismos de protección al denunciante de la UAESP	100%	
Subcomponente 2 Participación, responsabilidad y control social	2.1	Formular el plan de acción de participación ciudadana para la vigencia 2020	100%	
	2.2	Elaborar informes de seguimiento al plan de acción de participación ciudadana	0%	
Subcomponente 3 Plan de Integridad	Alistamiento	1. Formulación y Aprobación Plan de Gestión de Integridad 2019	100%	
		2. Curso de Integridad "Secretaría General Alcaldía Mayor de Bogotá" realizado por Gestores de Integridad	100%	
		3. Selección de Nuevo equipo de Gestores de Integridad	0%	
	Armonización	4. Revisión del Código de Integridad y de ser necesario hacer ajuste al mismo	100%	

Informe de auditoría interna

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
	Diagnóstico	5. Resultados de encuesta de integridad divulgados a los colaboradores y funcionarios mediante canales internos (línea base del 2019)	100%	
	Implementación	6. Desarrollo de una actividad trimestral para la visualización del equipo de gestores de integridad en la entidad	100%	
		7. Desarrollo de mínimo una jornada semestral masiva de inducción - reinducción, en la que se incluya el tema de integridad	100%	
		8. Desarrollo de una actividad mensual para el fortalecimiento de la campaña "Somos UAESP un solo corazón"	100%	
		9. Generación de un espacio trimestral de cocreación en el que se aborde el tema de integridad y se involucre a todos los funcionarios y colaboradores	50%	
		10. Desarrollo de la semana de la integridad UAESP	100%	
		11. Proponer una metodología compartida e institucionalizada para el desarrollo del Comité Primario dentro de la cual el tema de integridad sea obligatorio en el componente de cultura	0%	
	Seguimiento	12. Seguimiento al cumplimiento del plan de integridad	100%	
		13. Aplicación de una encuesta virtual de integridad	100%	

2.4. CONFORMIDAD RIESGOS DE CORRUPCIÓN: En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno - OCI al Mapa de Riesgos de Corrupción se observó que se formularon 14 riesgos con 23 controles para los procesos de la UAESP de la siguiente manera:

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN		
PROCESO	No. de riesgos	No. de controles
Direccionamiento Estratégico	1	1
Gestión de Comunicaciones	1	3

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Gestión Integral de Residuos Sólidos	2	3
Alumbrado Público	1	1
Servicios Funerarios	1	1
Gestión de Talento Humano	1	1
Gestión financiera	1	1
Gestión Documental	1	2
Gestión de Apoyo Logístico	1	1
Servicio al Ciudadano	1	1
Gestión de Asuntos Legales	2	3
Gestión de Tecnológica y de la Información	1	1
Evaluación Control y Mejora	1	4
TOTAL	15	23

En la siguiente tabla se puede observar la evaluación de los riesgos antes de controles y después de controles:

PROCESO	ANTES DE CONTROLES	DESPUES DE CONTROLES
Direccionamiento Estratégico	Extremo	Moderado
Gestión de las Comunicaciones	Alto	Moderado
Gestión Integral de Residuos Sólidos	Extremo	Moderado
	Extremo	Alto
Servicios Funerarios	Extremo	Moderado
Alumbrado Público	Extremo	Moderado
Gestión de Asuntos Legales	Extremo	Moderado
	Moderado	Moderado
Servicio al Ciudadano	Extremo	Moderado
Gestión Documental	Extremo	Moderado
Gestión Financiera	Extremo	Moderado
Gestión de Apoyo Logístico	Alto	Moderado
Gestión de Talento Humano	Extremo	Moderado
Gestión de Tecnológica y de la Información	Extremo	Moderado
Evaluación y Mejora	Extremo	Moderado

Se observa que 13 de los 14 procesos tienen riesgo moderado, 1 tiene riesgo alto después de evaluar los controles, es de aclarar que el proceso gestión de asuntos legales cuenta con 2 riesgos, uno extremo y uno moderado, y gestión integral de residuos sólidos cuenta con 2 riesgos, los dos extremos.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.5. CONFORMIDAD PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNO CONTRALORÍA DE BOGOTÁ D.C. Y CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA: Se observa un total de 160 acciones correctivas para los planes de mejoramiento externos, Contraloría de Bogotá D.C. – PMCB 141 acciones correctivas y Contraloría General de la Republica - PMCGR con 19 acciones correctivas.

Para el PMCB se observan 4 acciones cerradas, 53 para recomendación de cierre ante el ente de control 75 en proceso y 9 incumplidas las cuales se relacionan a continuación con numero de hallazgo y proceso responsable.

ACCIONES CORRECTIVAS PMCB y PMCGR			
ESTADO	PMCB	PMCGR	TOTAL
CERRADAS	4	0	4
RECOMENDACIÓN DE CIERRE	53	15	68
EN PROCESO	75	0	75
INCUMPLIDAS	9	4	13
TOTAL	141	19	160

No.	VIGENCIA	CODIGO AUDITORIA	PAD	No. HALLAZGO	CODIGO ACCION	AREA RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ESTADO ENTIDAD
1	2018	179		3.1.1.1	1	Oficina de tecnología de la información y comunicaciones	2018-07-24	22/07/2019	INCUMPLIDA
2	2019	182	2019	3.2.3.2.1	1	Subdirección de Aprovechamiento	1/01/2020	31/08/2020	INCUMPLIDA
3	2020	223	2020	3.1.3.1	1	Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público - SSFAP	1/06/2020	31/12/2020	INCUMPLIDA
4	2020	223	2020		2	Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público - SSFAP	1/06/2020	31/12/2020	INCUMPLIDA

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS									
5	2020	223	2020	3.1.3.3	1	Subdirección Administrativa y Financiera - SAF	1/07/2020	31/10/2020	INCUMPLIDA
6	2020	223	2020	3.1.3.4	1	Subdirección Administrativa y Financiera - SAF	1/07/2020	31/10/2020	INCUMPLIDA
7	2020	223	2020	3.1.3.8	1	Subdirección Administrativa y Financiera - SAF	1/07/2020	30/11/2020	INCUMPLIDA
8	2020	223	2020	3.1.3.9	2	Subdirección Administrativa y Financiera - SAF	1/07/2020	31/10/2020	INCUMPLIDA
9	2020	223	2020	3.3.3.2	1	Subdirección Administrativa y Financiera - SAF	1/06/2020	31/12/2020	INCUMPLIDA

Para PMCGR, se observan 19 acciones correctivas de las cuales 15 están para recomendación de cierre ante el ente de control y 4 se observan incumplidas, Correspondientes a la acción 1 del hallazgo 4 y la acción 2 del hallazgo 5 responsabilidad de la SRBL y las acciones 2 y 3 del hallazgo 9 responsabilidad de la SDF.

2.6. ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO: A cierre de la vigencia 2020 el plan de mejoramiento interno cuenta con 147 acciones, de las cuales 60 son correctivas y 87 son de mejora; se puede observar que 64 están cerradas es decir el 44% de acciones del plan ya fueron cumplidas, hay 27 incumplidas lo que representa 18% del plan, 25 están en proceso es decir el 17%, 24 están vencidas en proceso lo que representa el 16% y 7 acciones que no cuentan con tratamiento representando el 5% del plan.

ESTADO	PMI
CERRADAS	64
VENCIDA EN PROCESO	24
EN PROCESO	25
INCUMPLIDAS	27
NO SE HA COMUNICADO TRATAMIENTO	7
TOTAL	147

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Se relacionan a continuación las acciones incumplidas.

No.	TIPO DE ACCIÓN	PROCESO Y/O AREA RESPONSABLE	ESTADO
1	Acción Correctiva	Gestión Tecnológica y de la Información	Incumplida
12	Acción Correctiva	Servicios Funerarios - Alumbrado Público	Incumplida
14	Acción Correctiva	Direccionamiento Estratégico - AREAS MISIONALES	Incumplida
15	Acción Correctiva	Direccionamiento Estratégico	Incumplida
16	Acción de Mejora	Direccionamiento Estratégico - AREAS MISIONALES	Incumplida
17	Acción de Mejora	Direccionamiento Estratégico	Incumplida
18	Acción de Mejora	Direccionamiento Estratégico	Incumplida
20	Acción de Mejora	Direccionamiento Estratégico - Gestión Financiera	Incumplida
24	Acción Correctiva	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	incumplida
25	Acción Correctiva	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	incumplida
26	Acción Correctiva	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	incumplida
27	Acción Correctiva	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	incumplida
28	Acción Correctiva	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	incumplida
29	Acción Correctiva	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	incumplida
30	Acción Correctiva	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	incumplida
31	Acción Correctiva	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	incumplida
32	Acción Correctiva	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	incumplida
33	Acción Correctiva	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	incumplida
34	Acción Correctiva	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	incumplida
35	Acción de Mejora	Direccionamiento Estratégico - AREAS MISIONALES	Incumplida
36	Acción de Mejora	Direccionamiento Estratégico - Servicios Funerarios - Alumbrado Público	Incumplida
41	Acción Correctiva	Gestión Financiera	Incumplida
51	Acción de Mejora	Gestión de Talento Humano	Incumplida
55	Acción de Mejora	Gestión de Talento Humano	Incumplida
64	Acción de Mejora	Gestión Tecnológica y de la Información	Incumplida
65	Acción de Mejora	Gestión Tecnológica y de la Información	Incumplida
66	Acción de Mejora	Gestión Tecnológica y de la Información	Incumplida

Se observa que de las 27 acciones incumplidas 14 corresponden a Gestión Financiera y Gestión del Talento Humano, es decir el 51%, seguida del proceso de Direccionamiento Estratégico apoyado por diferentes áreas con un total de 8 acciones incumplidas lo que representa el 30% del total de acciones incumplidas.

2.7. ACCIONES PLAN DE MEJORAMIENTO VEEDURÍA: A cierre de la vigencia 2020 se observa que el Plan de Mejoramiento de la Veeduría cuenta con nueve acciones de las cuales 2 ya están

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

cerradas y 7 en proceso, es de señalar que estas últimas corresponden a la auditoría efectuada en diciembre de 2020 por lo tanto se encuentran en tiempos oportunos para su ejecución:

ESTADO	PM
RECOMENDACIÓN CIERRE	2
EN PROCESO	7
TOTAL	9

2.8 RIESGOS DE GESTION. CONFORMIDAD: ACTUALIZACION RIESGOS DE GESTION INSTITUCIONAL. En el seguimiento realizado por la OCI a los Mapas de Riesgos de Gestión se evidencia que identificaron (24) riesgos y (64) controles a nivel institucional. La tabla a continuación detalla por dependencia los riesgos, controles establecidos y la solidez de los controles de acuerdo con el análisis realizado de la efectividad de estos, en el segundo semestre de 2020:

PROCESO	N° RIESGOS	N° CONTROLES	SOLIDEZ CONTROLES
GESTION DE COMUNICACIONES	1	4	100%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1	5	50%
GESTION TECNOLOGICA	8	8	100%
SUBDIRECCION ADM Y FINANCIERA	7	26	91%
SUBDIRECCION DE ASUNTOS LEGALES	2	7	100%
SUBDIRECCION DE APROVECHAMIENTO	1	5	100%
SUBDIRECCION DE DISPOSICION FINAL	1	5	90%
SUBDIRECCION DE RECOLECCION BARRIDO Y LIMPIEZA	1	5	100%
SUBDIRECCION DE SERVICIOS FUNERARIOS Y ALUMBRADO PUBLICO	2	2	75%

Como se puede observar en la anterior tabla, cinco procesos tienen una efectividad del 100% en la solidez de los controles, dos procesos 90%, un proceso 75% y un proceso 50%, así mismo, dentro de las evidencias aportadas por los procesos se observó la actualización durante la vigencia del 2020.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Una vez revisadas las matrices de riesgo por proceso, se evidenció que en algunas áreas ingresaron manualmente las valoraciones correspondientes a la sección “Evaluación del Riesgo”, lo cual puede diferir la calificación obtenida mediante las fórmulas parametrizadas del archivo, se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, considerar la posibilidad de proteger las columnas formuladas en la matriz, para evitar el riesgo que involuntariamente los procesos modifiquen la celda y afecten la valoración del riesgo.

2.9 RECURSOS CONTRACTUALES Y PRESUPUESTALES: Teniendo en cuenta la última versión del Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia 2020 publicado en la página Web y en el SECOP, la Oficina de Control Interno solicitó al Grupo de Asuntos Legales, la información Contractual sobre el cumplimiento del mismo, evidenciando la siguiente programación y ejecución:

EJECUCION PAA PERIODO 01 DE JULIO AL 31 DE DICIEMBRE 2020				
PROCESO	PROGRAMADO PAA	PRESUPUESTO PROGRAMADO PAA	PROCESOS EJECUTADOS	PRESUPUESTO EJECUTADO
GESTION DE COMUNICACIONES	24	\$ 1.083.100.000	24	\$ 1.607.752.779
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	21	\$ 497.881.138	15	\$ 346.590.301
GESTION TECNOLOGICA	21	\$ 1.265.254.193	24	\$ 1.001.465.178
SUBDIRECCION ADM Y FINANCIERA	128	\$ 8.459.834.312	76	\$ 6.240.527.186
SUBDIRECCION DE ASUNTOS LEGALES	66	\$ 2.311.570.535	51	\$ 2.193.298.891
SUBDIRECCION DE APROVECHAMIENTO	193	\$ 14.825.008.010	122	\$ 4.830.940.634
SUBDIRECCION DE DISPOSICION FINAL	48	\$ 17.376.204.685	48	\$ 15.478.273.727
SUBDIRECCION DE RECOLECCION BARRIDO Y LIMPIEZA	56	\$ 1.579.147.694	51	\$ 1.178.273.482
SUBDIRECCION DE SERVICIOS FUNERARIOS Y ALUMBRADO PUBLICO	48	\$ 46.574.121.267	43	\$ 5.374.755.549
TOTAL	605	\$ 93.972.121.834	454	\$ 38.251.877.727

Se observa que, del total programado en el PAA, por valor de \$93.972 millones para el periodo de julio a diciembre del 2020, se ejecutaron \$38.251 millones lo que equivale al 40% de ejecución presupuestal de acuerdo con lo planeado.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

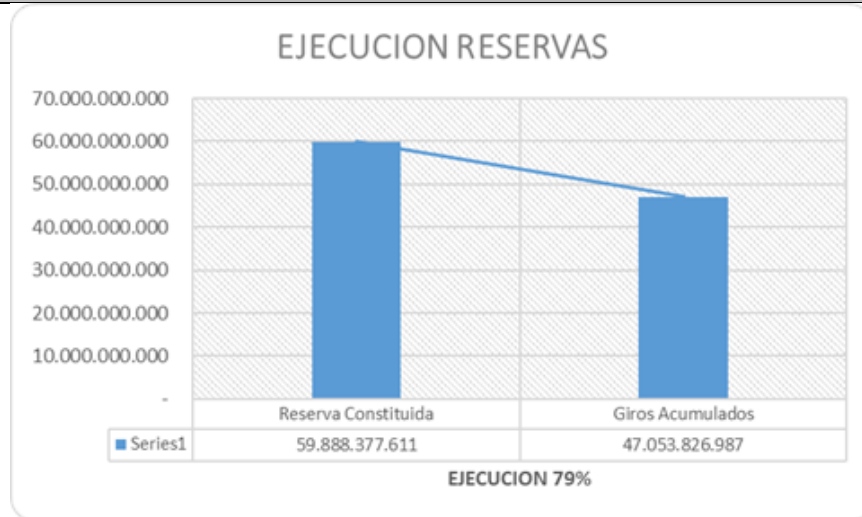
La mayor diferencia presupuestal corresponde al objeto contractual de la prestación mediante modalidad de concesión de la administración de los cementerios distritales por valor de \$41.087 millones, planeada para el mes de octubre, pero aplazada para la vigencia del 2021.

Se recomienda dar cumplimiento a las fechas establecidas en el Plan Anual de Adquisiciones, dentro del control de la ejecución presupuestal, igualmente, realizar monitoreo permanente, identificando oportunidades de mejora, teniendo en cuenta las reprogramaciones realizadas.

2.9.1 RESERVAS PRESUPUESTALES Al cierre de la vigencia 2019, se constituyeron en los procesos revisados reservas por valor de \$59.888 millones, se giraron \$47.053 millones y quedó un saldo por pagar por valor de \$11.927 millones, observando una ejecución del 79%, como se detalla a continuación:

RESERVA ACUMULADA AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2020				
PROCESO	RESERVA DEFINITIVA	GIROS ACUMULADOS	SALDO RESERVA	EJECUCIÓN
SUBDIRECCION DE RBL	48.389.148.560	38.093.920.989	10.295.227.571	78,72%
SUBDIRECCION DE ASUNTOS FUNERARIOS	894.484.302	462.518.379	431.965.923	51,71%
SUBDIRECCION DE ASUNTOS LEGALES	863.622.801	438.672.801	424.950.000	50,79%
SUBDIRECCION DE DISPOSICION LEGAL	2.035.534.938	1.720.914.699	314.620.239	84,54%
SUBDIRECCION DE APROVECHAMIENTO	1.807.383.144	1.586.967.242	220.415.902	87,80%
SUBDIRECCION ADM Y FINANCIERA	1.826.914.620	1.719.032.002	107.882.618	94,09%
OTIC	743.848.132	680.753.021	63.095.111	91,52%
SUBDIRECCION DE ALUMBRADO PUBLICO	2.083.841.360	2.049.130.360	34.711.000	98,33%
OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	211.822.333	189.540.000	22.282.333	89,48%
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	124.453.240	112.377.494	12.075.746	90,30%
Total general	59.888.377.611	47.053.826.987	11.927.226.443	79,5%

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS



2.10 PASIVOS EXIGIBLES. Según base de datos suministrada por la Entidad, en el segundo semestre de 2020, se evidencia saldos fenecidos para los procesos revisados equivalentes a \$9.262 millones. Con una gestión del 14% en los giros por valor de \$1.328 millones, quedando un saldo pendiente por gestionar del 76%.

Realizada la evaluación, se evidencia gestión en los giros en 3 de los 9 procesos de la Unidad, donde se destacan gestiones realizadas por la SDF (Subdirección de Disposición Final) y la SSFAP (Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado público), a continuación, se detalla la gestión por cada uno de los procesos:

PASIVOS EXIGIBLES AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2020			
PROCESO	SALDO FENECIDO	GIROS ACUMULADOS	SALDO ACTUAL
SUBDIRECCION DE RBL	5.092.677.734	-	5.092.677.734
SUBDIRECCION DE ASUNTOS FUNERARIOS	1.765.315.297	460.688.451	1.304.626.836
SUBDIRECCION DE APROVECHAMIENTO	470.020.762	-	470.020.762
SUBDIRECCION DE DISPOSICION LEGAL	1.156.316.030	851.998.738	298.017.292
SUBDIRECCION DE ASUNTOS LEGALES	313.030.632	15.449.105	297.581.527

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

SUBDIRECCION ADM Y FINANCIERA	257.192.573	-	257.192.573
OFICINA ASESORA DE COMUNICACIONES	85.051.735	-	85.051.735
OFICINA ASESORA DE PLANEACION	77.470.000	-	77.470.000
OTIC	45.767.676	-	45.767.676
Total, General	9.262.842.439	1.328.136.294	7.928.406.135

3. OBSERVACIONES

3.1. OBSERVACIÓN - ACTIVIDADES EN EL PAAC: Se observa según programación 57 actividades previstas relacionadas con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, PAAC, sin embargo, se evidencian las siguientes actividades incumplidas, así:

3.1.1. ACTIVIDADES CON 0% DE AVANCE - INCUMPLIDAS: Se observan 10 actividades con avance 0% de la siguiente manera:

- Componente 3. Rendición de cuentas, se observan 2 actividades con 0%.
- Componente 4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, se observan 3 actividades con 0%.
- Componente 5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información, se observan 1 actividad con 0%.
- Componente 6. Iniciativas Adicionales, se observan 4 actividades con 0%.

3.1.2. ACTIVIDADES CON AVANCE ENTRE EL 20% Y EL 95% - INCUMPLIDAS: Se observan 13 actividades con un avance entre el 20% y el 95% de la siguiente manera:

- Componente 1. Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción, se observan 2 actividades un con 40% y otra con 80% de avance.
- Componente 3. Rendición de Cuentas, se observan 4 actividades con avances del 20%, 50%, 90% y 93%.
- Componente 4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, se observan 4 actividades con avance de 50%.
- Componente 5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información, se observan 2 actividades con avance del 95%.

3. OBSERVACIONES

- Componente 6. Iniciativas Adicionales, se observa una actividad con avance del 50%.

3.2. OBSERVACIÓN. DEBILIDADES EN LA PLANEACIÓN DE LAS METAS PROYECTO DE INVERSIÓN. Identificamos que las áreas presentaron dificultades para soportar el avance físico de once (11) metas proyecto de inversión (48% de las que se ejecutaron en el año 2020) pues no hay claridad en el instrumento utilizado para medirlo, lo que evidencia debilidades en la planeación, así:

META PROYECTO DE INVERSIÓN	ÁREA	OBSERVACIÓN OCI
Ampliar el 50 por ciento de la capacidad de la capacidad instalada de bóvedas, osarios y cenizarios en los cementerios distritales.	SSFAP	No observamos un estudio de la capacidad actual de bóvedas y osarios que permita medir si se amplía el 50% de la capacidad; en el archivo de SEGPLAN se incluyó que debido a la emergencia sanitaria del COVID parte de los recursos fueron destinados para atenderla, fueron paralizadas las obras, lo que conllevó al ajuste inicial de la meta.
Fortalecer 100 por ciento la gestión para realizar proyectos de revitalización, modernización, regularización, desarrollo, ampliación, adecuación y/o restauración de los servicios funerarios en los cementerios	SSFAP	En las evidencias entregadas por el proceso no se observa un plan que identifique la gestión programada.
Desarrollar la consultoría de 2 estudios a nivel de ingeniería de detalle fase III	SDF	No logramos confirmar con el proceso el 48% de ejecución reportado en SEGPLAN pues no hay un soporte de actividades específicas toda vez que su "avance es subjetivo", de acuerdo con lo indicado esta Oficina queda imposibilitada para definir el avance de la actividad y observar si lo reportado en SEGPLAN es correcto
Propender 100 por ciento de los procesos de fortalecimiento personal, técnico, empresarial y social para la población recicladora en general en el marco de la prestación del servicio público de aprovechamiento.	SAPROV	No se presenta avance físico porcentual para la meta. En SEGPLAN se observa una magnitud proyectada de 100% con un 100% de ejecución.
Separar y tratar el 10 por ciento de RPCC / plantas de tratamiento y aprovechamiento energético	SDF	El proceso no especificó cuáles son los productos puntuales que permiten confirmar la ejecución reportada en SEGPLAN.
Hacer monitoreo, seguimiento y control d 90 por ciento de toneladas en la disposición de residuos sólidos ordinarios.	SDF	No es posible verificar los soportes o productos que den cuenta de su cumplimiento; el proceso indicó que todo lo que llega al relleno se dispone la totalidad de residuos sólidos, para tal efecto entrega el reporte del indicador que da cuenta efectivamente de los residuos recibidos, pero no de otra variable que confirme el 90% citado en la meta.

3. OBSERVACIONES		
Realizar Saneamiento predial a través de 1 modelo adecuado de servicios públicos e infraestructura	SDF	No reportaron avance puntual que permita verificar por parte de la OCI la ejecución reportada en SEGPLAN
Fortalecer 100 por ciento el seguimiento y control de la prestación del servicio de Alumbrado Público en el Distrito Capital.	SSFAP	No observamos un plan que identifique la gestión de mantenimiento programada inicialmente; no obstante, en la matriz de seguimiento a los proyectos se observa un número de inspecciones realizadas a las bombillas (1.018.317) y un número de luminarias instaladas (1.066.416) señalando un cumplimiento del 95,5%
Ejecutar 1 estudio de cargas estructurales y reforzamiento estructural si así fuere, subsanando las necesidades que contribuyan a fortalecer y mantener la infraestructura física.	SAF	En el detalle de lo ejecutado en el también están incluidos conceptos como el mantenimiento y las reparaciones locativas de las sedes administrativas de la UAESP, la remodelación y adecuación de las oficinas de correspondencia y atención al público de la sede sur de UAESP, y servicios de fumigación y desinfección. No es claro el grado en que estos otros temas impactan el avance físico de esta meta proyecto de inversión, lo que puede generar errores en las interpretaciones por falta de elementos de control que no le dan claridad a la ejecución de la actividad objeto de verificación.
Aumentar al menos un 25 por ciento la capacidad en la arquitectura tecnológica, subsanando las necesidades que coadyuven a fortalecer y mantener la misma.	OTIC	No pudimos establecer la base para medir el aumento de al menos un 25% la capacidad en la arquitectura tecnológica. El auditado informó que: "la meta se mide con la ejecución del presupuesto pues es una meta constante; y que al tener una ejecución mayor del 90% se puede evidenciar que se subsanaron las necesidades relacionadas con infraestructura, servicios y soporte."
Establecer e implementar 1 patrón de procesos y actividades que aumenten el fortalecimiento organizacional de la unidad.	VARIAS	No es claro como medir el avance físico de cada área en establecer dicho patrón. En el detalle de lo ejecutado fueron evidenciados compra de kit's para el cuidado de covid-19, gastos de vigilancia, y mantenimientos preventivos y correctivos de la infraestructura física de la entidad que en el concepto de la OCI no guardan coherencia con la meta, ni de su aporte a la misma lo que puede generar interpretaciones erradas por falta de elementos de control que no le den claridad a la ejecución de la actividad objeto de verificación

3.3. DEBILIDAD POR NO PRESENTACIÓN DE SOPORTES DEL AVANCE DE UNA META PROYECTO DE INVERSIÓN. Los soportes del avance de la meta proyecto de inversión "Ejecutar el 100 por ciento de los recursos destinados a obligaciones de hacer para el mejoramiento del estándar de calidad y continuidad del servicio público de aseo", a cargo de SRBL, no fueron entregados durante la auditoría lo que dificultó validar el avance de la misma a nivel físico, presupuestal y contractual.

3. OBSERVACIONES

3.4. OBSERVACIÓN PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL. DEBILIDAD POR NO FINALIZACIÓN DE LO PROGRAMADO PARA LA VIGENCIA Observamos que las siguientes 12 actividades no fueron completadas según lo que se tenía definido para el cierre del año 2020:

Dependencia	Actividad	Cant. Tareas	Avance ejecutado	Avance Planeado
OTIC	MIPG - Datos Abiertos	3	35%	100%
SAF	Revisar y actualizar los instrumentos archivísticos en cumplimiento del Acuerdo 1080 del 2015	3	50%	100%
	Contar con la digitalización del 10 % de los documentos de Archivo de gestión	3	3%	100%
	Generar los desarrollos requeridos en el Aplicativo SI CAPITAL	1	50%	100%
	Política Pública para la Gestión Integral del Talento Humano Distrital	5	94,2%	100%
	Ejecutar el Plan de Mantenimiento	1	0%	100%
SAPROV	Realizar estudios previos para la caracterización física, química y biológica de los Residuos Sólidos Orgánicos generados en las 20 localidades de la ciudad de Bogotá, orientada al diseño de sistemas de tratamiento y valorización de residuos orgánicos en la ciudad mediante procesos aeróbicos, anaeróbicos y de recuperación energética. (PROYECTO: 7569 - Transformación Gestión integral de residuos sólidos hacia una cultura de aprovechamiento y valorización de residuos en el distrito capital Bogotá)	3	26,7%	100%
SDF	Realizar estudios para la contratación de la implementación del nuevo modelo de gestión integral de residuos sólidos en disposición final.	3	No se pudo validar	100%
	Realizar Seguimiento al cumplimiento del laudo arbitral por parte del operador del RSDJ	1	50%	100%
	Seguimiento a las actividades asociadas al plan de gestión social.	1	83%	100%
SSFAP	Modernización a tecnología LED de 5,000 Luminarias entre los meses de octubre a diciembre de 2020 en algunas Zonas del Distrito Capital	1	41%	100%
	Prestar servicios funerarios integrales en los cementerios de propiedad del Distrito	1	No se pudo validar	100%

3.5. DEBILIDAD EN LAS EVIDENCIAS QUE SOPORTAN LOS AVANCES DEL PAI. En las validaciones encontramos que en la SAF, SDF y SSFAP los soportes no estaban organizados según la actividad / tarea del PAI o no correspondían a lo definido en la tarea, lo cual genera demoras y reprocesos en el trabajo de la auditoría.

3. OBSERVACIONES

3.6 DEBILIDADES GESTION DE RIESGOS Se evidenció que en algunos procesos ingresan manualmente las valoraciones correspondientes a la sección “Evaluación del Riesgo”, lo cual puede diferir la calificación obtenida mediante las fórmulas parametrizadas del archivo, se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, considerar la posibilidad de proteger las columnas formuladas en la matriz, para evitar el riesgo que involuntariamente los procesos modifiquen la celda y afecten la valoración final del riesgo.

3.7 DEBILIDADES GESTION CONTRACTUAL Y PRESUPUESTAL. De acuerdo con las publicaciones de actualización del PAA 2020, se observa que fue modificado veintiocho (28) veces en la vigencia, lo que evidencia una debilidad en la planeación contractual de los procesos de la entidad, se recomienda dar cumplimiento a las fechas establecidas en el Plan Anual de Adquisiciones, dentro del control de la ejecución presupuestal, igualmente, realizar monitoreo permanente, identificando oportunidades de mejora, teniendo en cuenta las reprogramaciones realizadas.

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

No.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
4.1.	<p>DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO - ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES: No se observa en los procesos auditados acciones para abordar oportunidades en virtud de los servicios de la Entidad, razón por la cual es necesario escalar la verificación en el proceso de direccionamiento estratégico, tal vez, esperando motivaciones sobre la actualización de la metodología que está en proceso de implementación, observando incumplimiento a lo establecido en el numeral 6.1. de la Norma ISO 9001:2015.</p> <p>Esta no conformidad se mantiene respecto al memorando radicado 20201100045493 del 6 de octubre del 2020 donde se presentó el resultado de la Evaluación de la Gestión por Dependencias del primer semestre del 2020.</p>	<p>Norma ISO 9001:2015, Numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.</p>
4.2.	<p>PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNO E INSTITUCIONAL: Se observan 9 acciones correctivas incumplidas en el Plan de Mejoramiento de la Contraloría de Bogotá D. C. con corte a 31/12/2020, las áreas responsables de</p>	<p>Norma ISO 9001:2015, Numeral 10 Mejora y 10.2 No</p>

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

los incumplimientos son la OTIC, la SAF y la SAPROV. Así mismo se observan 4 acciones correctivas incumplidas en el Plan de Mejoramiento de la Contraloría General de la Republica, con corte a 31/12/2020, las áreas responsables de los incumplimientos son la SRBL y la SDF.

Lo anterior incumpliendo con lo establecido en los numerales 10 Mejora y 10.2 No conformidad y acción correctiva de la Norma ISO 9001:2015.

El incumplimiento se pudo causar debido a la falta de seguimiento, evidencias y documentación veraz para el cierre de las acciones.

Lo anterior conlleva a que no se cumpla con las fechas establecidas para el cierre de acciones y a sanciones por parte de los entes de control.

PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO: Se observan 27 acciones incumplidas de las cuales 2 son correctivas y 25 de mejora, los procesos que presentan mayor número de acciones incumplidas son Gestión Financiera, Talento Humano y Direccionamiento Estratégico.

Por otra parte es de observar que se encuentran 24 acciones vencidas en proceso, las cuales corresponden a las siguientes áreas:

Direccionamiento Estratégico	5
Direccionamiento Estratégico -Gestión	
Financiera - Aprovechamiento	1
Gestión de Talento Humano	3
Gestión Financiera	1
Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	4
Gestión Financiera - Gestión Documental	3
Gestión Tecnológica y de la Información	2
Oficina Asesora de comunicaciones y Relaciones Interinstitucionales	1
SAF - Secretaria Ejecutiva	1
Subdirección Administrativa y Financiera - Contabilidad.	1

conformidad y acción correctiva.

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS	
Subdirección de Aprovechamiento (en blanco)	1
Total general	23

5. CONCLUSIONES	
5.1.	La gestión de la Entidad se estima en un 76,37%, dado el promedio de los resultados de la gestión institucional evaluada en las dependencias/proceso indicados en el presente documento. Resaltamos que en este promedio no está incluido el Proceso de Evaluación y mejora a cargo de la Oficina de Control Interno.
5.2.	Se observa seguimiento a las actividades de los componentes del PAAC y al Mapa de riesgos de Corrupción con corte al 31/12/2020, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011. No obstante, se observaron actividades con 0% de avance y algunas incumplidas.
5.3.	Se observa la documentación de controles para los riesgos de corrupción y el seguimiento de las acciones para prevenir la materialización de los riesgos.
5.4.	Se observa seguimiento a los Planes de mejoramiento externo Contraloría de Bogotá D.C. y Contraloría General de la Republica. No obstante, se observa el incumplimiento para el cierre de acciones correctivas, debido a que no se presentan las evidencias necesarias para recomendar cierre por los procesos.
5.5.	Se evidencia gestión de las acciones del plan de mejoramiento interno teniendo en cuenta que el 51% de las acciones ya se encuentran en cierre; sin embargo, el número de acciones incumplidas y vencidas en proceso también es bastante representativo, teniendo como factor en común el no acatamiento de los plazos definidos evidenciando de esta manera debilidades en la planeación.
5.6.	Se resalta la adecuada gestión del Plan de Mejoramiento de la Veeduría toda vez que no hay acciones incumplidas y las dos definidas para la vigencia 2020 ya fueron cerradas.
5.7.	Las dependencias presentaron dificultades para justificar el avance físico de 11 metas proyecto de inversión lo que evidencia debilidades en la planeación. En una meta proyecto no fueron entregadas las evidencias a la OCI para validar el avance.

5. CONCLUSIONES

- 5.8. Doce actividades del Plan de Acción Institucional del 2020 (segundo semestre) no fueron finalizadas según lo programado para la vigencia.
- 5.9. Cabe resaltar que si bien la planta de personal cambió en su mayoría, se observó el esfuerzo de las áreas por presentar las evidencias para la atención de esta auditoría.




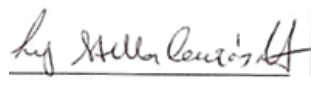
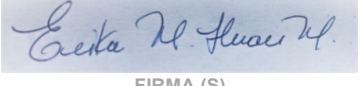
6. RECOMENDACIONES

- 6.1. Realizar seguimientos en tiempo y oportunidad a las acciones, indicadores y metas de las actividades establecidas y formuladas por los procesos en el PAAC para la vigencia 2021.
- 6.2. Realizar el seguimiento correspondiente en tiempo y oportunidad presentando evidencias que soporten el cierre de las acciones correctivas tanto para los planes de mejoramiento interno y externo para evitar sanciones por los entes de control, activándolos por medio de los comités primarios.
- 6.3. Asesoría e inducción para abordar Oportunidades y dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 6.1. de la Norma ISO 9001:2015.
- 6.4. Definir instrumentos que permitan efectuar el seguimiento del avance físico de las metas proyecto de inversión con el objeto de ofrecer claridad sobre lo que se espera al final del proyecto ejecutado.
- 6.5. Definir acciones para el total cumplimiento del Plan de Acción Institucional con el objeto de dar cumplimiento a lo programado.
- 6.6. Todas las áreas deben tener organizado los soportes del PAI según la actividad y el avance de la misma como requisito para efectuar el seguimiento y validación de los mismos.
- 6.7. Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación, considerar la posibilidad de proteger las columnas formuladas en la matriz de riesgos de gestión, para evitar que involuntariamente los procesos modifiquen la celda y afecten la valoración del riesgo.

6. RECOMENDACIONES

- 6.8. Armonizar el Plan Anual de Adquisiciones (PAA), dentro del control de la ejecución presupuestal, realizando monitoreo permanente, teniendo en cuenta las reprogramaciones realizadas.
- 6.9. Generar informes mensuales por proceso de seguimiento a la ejecución del PAA, que permitan establecer alertas a nivel directivo y tomar correctivos al respecto.
- 6.10. Continuar con la depuración de posibles pasivos exigibles, y gestionar los pagos de reservas presupuestales.

APROBACIÓN:

<p> FIRMA</p> <p>Jefe(a) de Oficina de Control Interno</p>	<p>    FIRMA (S)</p> <p>Auditor(es) Interno(s)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Informe de auditoría interna

FECHA⁴:

11 – FEBRERO – 2021

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