

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100036013**

Página 1 de 4

PARA: **HERMES HUMBERTO FORERO**
Subdirector Recolección, Barrido y Limpieza

FREDY FERLEY ALDANA ARIAS
Subdirector de Disposición Final

INGRID LISBETH RAMIREZ MORENO
Subdirectora de Servicios Funerarios y Alumbrado Público

ÁLVARO RAÚL PARRA ERAZO
Subdirector de Aprovechamiento

CARLOS ARTURO QUINTANA ASTRO
Subdirector de Asuntos Legales

RUBÉN DARIO PERILLA CÁRDENAS
Subdirector Administrativo y Financiero

FRANCISCO JOSÉ AYALA SANMIGUEL
Jefe Oficina Asesora de Planeación

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

JULIAN CAMILO AMADO VELANDIA
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones.

DE: **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

ASUNTO: Informe Final de Auditoría al Sistema de Gestión bajo los modelos MECI, MIPG e ISO 9001

Respetados Directivos:

La Oficina de Control Interno (OCI), en marco de sus competencias normativas establecidas en la Ley 87 de 1993, decretos reglamentarios y las directrices del Sistema Integrado de Gestión de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos (UAESP), remitimos los resultados de verificación del estado de cumplimiento del sistema de gestión de la Unidad, de acuerdo con los

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100036013**

Página 2 de 4

lineamientos establecidos en los modelos de MIPG, MECI e ISO 9001:2015, cuyas conclusiones fueron:

- ✓ La UAESP cuenta con un Sistema de Gestión presente y funcionando, en el que se evidencia un avance del 88.5% respecto de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, MECI; un avance, en promedio del 88.2% del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, MIPG; y un 89.2% de avance bajo la NTC ISO 9001:2015. Conforme la metodología de evaluación aplicada, lo anterior significa que se requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa y de reporte.
- ✓ Al verificar el comportamiento de los 168 lineamientos evaluados como observaciones de auditoría durante el mes de julio de 2021, se destaca la disminución de no conformidades y observaciones de auditoría, así:

PERIODO	ACCIONES EVALUADAS	NO CONFORMES	OBSERVACIONES	CONFORMES
JUNIO 2020	159	8	64	87
JUNIO 2021	168	0	36	132
	VARIACION	-8	-28	+45

Fuente: Elaboración propia OCI, Informes semestrales al Sistema de Control Interno 2020 y 2021

- ✓ Si bien es cierto, se evidencian altos niveles de cumplimiento respecto de los modelos evaluados, es importante continuar con el esfuerzo de mejorar las observaciones que se reflejan en el presente informe, con el fin de evitar la materialización de riesgos tales como la pérdida de credibilidad del sistema de gestión implementado, el incumplimiento de objetivos misionales y la inoportunidad en la satisfacción de las necesidades y expectativas que tiene la ciudadanía frente a la entidad.
- ✓ Conforme el seguimiento al Plan de Mejoramiento de la Unidad con corte a 31 de mayo de 2021 se evidencia que revisadas las acciones que han presentado incumplimiento reiterado o que siguen sin cumplimiento y/o sin tratamiento por parte de algunos procesos en gestión, se evidencia que:

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100036013**

Página 3 de 4

No.	TIPO DE ACCIÓN	DESCRIPCIÓN ACCIÓN	PROCESO Y/O AREA RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	ESTADO	OBSERVACIONES
1	Acción de Mejora	Gestionar ante el Archivo General de la Nación el registro único de series documentales	Gestión Financiera - Gestión Documental	1/08/2018	31/12/2019	En proceso	No. 2 Sistema de Gestión Mediante revisión de la presente Auditoría al Sistema de Gestión, se verifica el comunicado 2-2021-20490 del Archivo Distrital de fecha 23 de junio de 2021, en que se puede evidenciar que la SAF continua con la labor de convalidar las TRD de la entidad. En tal sentido, la acción continua en proceso.
2	Acción Correctiva	Incorporar los campos de País, Departamento y Ciudad de nacimiento, Experiencia laboral y profesional. Así mismo diligenciar el campo "ES PERSONA POLÍTICAMENTE EXPUESTAS" (Decreto 1674 de 2016). En el directorio de funcionarios publicado en la página WEB.	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	1/07/2019	1/07/2020	Cerrada	No. 2 Sistema de Gestión Conforme las disposiciones contenidas en la página web de la entidad, se verifica que cuando se intenta acceder al Directorio de funcionarios, se realiza un hipervínculo a la página del SIDEAP, Directorio UAESP, con lo cual se ha convertido en política Distrital a través de las disposiciones del DASC. En tal sentido, la información se encuentra en lineamiento con la Ley de Protección de Datos.
80	Acción Correctiva	Enviar las actas de comité primario a la Oficina de Control Interno	SAF - secretaria ejecutiva	29/03/2020	31/01/2021	Incumplida	No. 2 Sistema de Gestión Con corte a 30 de junio de 2021, la SAF ha transmitido correctamente las actas de Comité Primario. Disponibles en el link: https://uaespdc.sharepoint.com/:f/s/oficinadecontrolinterno/ErhMqKZ5U31DgSeTclg1Vv0B1OqX612K9scOETmmpv26uA?e=kRU7JP No obstante, no se cuenta con el ejercicio documental en el link 2020, de acuerdo con las orientaciones de la OCI para la vigencia inmediatamente anterior.

Para detallar mejor los resultados, se anexa informe que contiene los resultados, así como de dos anexos que evidencian estado por componente, subsistema elemento y/o requisito (Anexo 1), y, por ultimo, el resultado de informe pormenorizado de control interno (Anexo 2).

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100036013**

Página 4 de 4

Es de precisar que, como producto del presente informe las observaciones detectadas serán dispuestas en el formato de planes de mejoramiento, teniendo en cuenta que si bien es cierto, no están representadas como hallazgos o no conformidades, se requiere referenciar por parte de los procesos, si se desarrollará algún trámite o acción de mejora que evite la materialización de algún riesgo o incumplimiento, o por el contrario, conforme las decisiones del ejercicio de autocontrol (Comité Primario), se decida hacer caso omiso o no establecer y no comunicar tratamiento alguno.

En este último caso, se deberá por parte del proceso/dependencia referenciar en las actas de Comité Primario la decisión tomada, ya sea formular acciones de mejora en el formato respectivo, o comunicar a la OCI la intención de no establecer acciones por los motivos que considere el líder y grupo de trabajo, dejando las evidencias y justificaciones pertinentes en el acta del Comité Primario del mes.

Sea esta la oportunidad para reiterar el apoyo y acompañamiento que requiera de la Oficina de Control Interno para el desarrollo de sus actividades y necesidades.

Cualquier información o aclaración adicional estaremos dispuestos a atenderla

Cordialmente,

ANDRÉS PABÓN SALAMANCA

Jefe Oficina de Control Interno

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

Informado: Dra. Luz Amanda Camacho, Directora General.

Anexos: Tres archivos virtuales, así: Informe Final de Auditoría al Sistema de Gestión; Instrumento Consolidado; e Informe Pormenorizado.

Elaboró: Oscar Javier Hernández Serrano, PE 222-24 de la OCI.

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION	
MECI	IMPG	X	NTCISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?					
AC	DTH	-	7.1.2	SPP	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)	Código de Integridad de la UAESP - Resolución 345 de 218	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta No 2 Comité de Gestión y Desempeño de la Entidad - 29/01/2021 Acta No 1 - Gestores de Integridad - 9/06/2021	Se evidencia la puesta en marcha de los Comité de Gestión y Desempeño de la Entidad Equipo Gestores de Integridad Plan de Gestión de Integridad durante la vigencia 2011	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		C
AC	DTH	-	7.1	SPP	Gestión del Talento humano	2	Mecanismos para el manejo de conflictos de interés.	https://web.microsoftstream.com/video/7c9a97bb-8d48-44b2-827f-a2712e17e5ad Política de Conflicto de Interes de la UAESP: https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%C3%81tica%20de%20Conflictos%20de%20Intereses%20UAESP.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta No 02 de la Mesa Técnica de Políticas - 9 /07/2021	Actualmente no se lleva control y/o registro de los reportes de conflicto de interés, razón por la cual el proceso informa que se está efectuado actualización de la Política de Conflictos de Interés en el marco de Plan de Mejoramiento Institucional. No se evidencia el cumplimiento de las disposiciones de la Ley 2103 de 2019 en la publicación del conflicto de interés por parte de algunos miembros del equipo directivo de la entidad.	1 - El control no opera como está diseñado o bien no está presente (no se ha implementado)	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Teniendo en cuenta que esta acción está formulada en Plan de Mejoramiento Institucional su valoración de cumplimiento total se dará una vez esté realizada	C
AC	DIC	-	6.1	LMV	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.	La UAESP cuenta con una política de Política de seguridad de la información que se encuentra publicada en la página web, al igual que el Manual de políticas de seguridad de la información. https://www.uaesp.gov.co/content/politica-seguridad-la-informacion La OTIC se encuentra en actualización de esta Política de Seguridad de la Información y el Manual de Políticas de Seguridad de la Información versión 2021 con base en la Resolución 500 de marzo 10 de 2021 el cual se encuentra en proceso aún. Se cuenta con una matriz de seguridad digital donde se establece riesgo "Perdida, alteración, y/o sustracción de la información (Medio Digital y Físico)" y su control hace referencia al MSPÍ (Modelo de seguridad y privacidad de la información), el cual se encuentra en desarrollo dentro del Plan de Acción Institucional. También la OTIC cuenta dentro de su matriz de riesgo de corrupción con el riesgo de "R1. Uso mal intencionado por parte de los servidores públicos en el manejo de la información contenida en los Sistemas de Información de la Unidad, en favorecimiento propio o de un tercero" y su control para cumplimiento de políticas establecidas para ello y la verificación de los logs a través de las herramientas tecnológicas identificando los incidentes a los sistemas de información.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Mesa técnica de Seguridad Digital Tema en desarrollo	Los actuales documentos vigentes de política y manual de seguridad de la información fueron aprobados mediante acta 10 de 26/08/2019 en el Comité de Seguridad de la Información y Gobierno Digital. Los anteriores documentos fueron dados mediante resolución 589 de 2019 y con el memorando numero 20201400010163. Se evidencia Acta de 16 de Abril de 2021, de Mesa Técnica de Seguridad Digital donde se presentan avances de MSPÍ, entre ellos actualización de Política de Seguridad de la información, Matriz de Activos de Información, a la fecha de corte de esta auditoría el documento no ha sido socializado, aún se encuentra vigente la Política de 2019. Se evidencia Matriz d seguridad digital con 15 riesgos y 28 controles de los cuales hace referencia al tema de seguridad de la información con el riesgo de Perdida, alteración, y/o sustracción de la información (Medio Digital y Físico)" Se han realizado reuniones de seguimiento del MSPÍ, en las que se tratan temas de riesgos, incidentes y capacitaciones de temas relacionados de seguridad de información. Se evidencia matriz de plan operativo de MSPÍ con fechas y porcentaje de avance Se trabaja activamente con la Alta Consejería de las TIC del Distrito en tema relacionados como: Autodiagnóstico y levantamiento de línea base de infraestructura y datos personales, para fortalecer las capacidades de seguridad de información en la entidad.(No hay evidencia)	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		C
AC	DTH	-	6.1 9.1.3	SPP	Gestión del Talento humano	4	La evaluación de las acciones transversales de integridad, mediante el monitoreo permanente de los riesgos de corrupción.	Conformación de : Plan de Acción de Integridad - 2021 PAAC 2021 Encuesta de Integridad - 2021 Estrategia "Senda de la Integridad"	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Existencia operación y seguimiento a: Mapa de riesgos de Corrupción 2021 Plan de Acción de Integridad PAAC- 2021 Evaluación Integridad mediante encuesta Estrategia "Senda de la Integridad"	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		C	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMPG	X	NTCISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
AC	DDE	-	8.2.1	SPP	Gestión del Talento humano	<p>5</p> <p>Analisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad.</p> <p>Línea de Denuncia de actos anticorrupción https://uaespdc.sharepoint.com/:i:/s/oficinadecontrolinterno/ER1OP1Tb5YxGqKS6GqN6GpkBj4vNKZQ1uKgdRSgPAWI?w?e=7V1aw PT-01 Protocolo denuncias actos corrupción V1 https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/servicio_ciudadano/editables/PT-01_Protocolo_denuncias_actos_corupcion_V1.docx</p> <p>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</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	<p>3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.</p>	Mantenimiento del control	Conforme	C				
AC	DCI	-	5.1.1	LMV	Evaluación y Mejora	<p>6</p> <p>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)</p> <p>LA UAESP, cuenta con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, estipulado en la Resolución 313 de 2020 en su artículo 17, (deroga la 696 de 2017), donde se establece su creación y, esta resolución estipula quien lo conforma y la periodicidad de reuniones. Inclusión del CICI en la Resolución UAESP 313 de 2020</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	<p>Acta No.1 de CICI, Enero 29/2021, Resolución 313 de 2020</p> <p>Al verificar en UAESP en la Resolución 313 de 2020 en lo referente a Creación o actualización del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (incluye la periodicidad de las reuniones), igualmente las funciones. Se evidencia reunión del 29 de enero de 21 del comité CICI.</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	C			
AC	DCI	-	9.1.3	SPP	Direccionamiento estratégico	<p>7</p> <p>Definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa</p> <p>Manual Sistema Integrado de Gestión Política de Administración de Riesgos Resolución UAESP 313 de 2020 - Instancias de operacionalización del Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno en la UAESP</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	<p>Comité de Control Interno- Acta 1 de 2021 Inclusión del CICI en Resolución UAESP 313- 2020 Desarrollo de proceso de actualización y se espera su finalización hacia el final de la vigencia.</p>	3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme	C				
AC	DCI	DCI	9.1	SPP	Direccionamiento estratégico	<p>8</p> <p>Definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones, atendiendo el Esquema de Líneas de Defensa</p> <p>Manual Sistema Integrado de Gestión nueva versión Resolución UAESP 313 de 2020 - Instancias de operacionalización del Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno en la UAESP</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	<p>Actualmente está en proceso de actualización el Manual del Sistema Integrado de Gestión por lo tanto para la operatividad de este control, está pendiente que el mismo se oficialice con cambios como: actualización de definición de líneas de defensa según Manual Operativo versión 4; temas, responsables y periodicidad de acuerdo a líneas de defensa. De acuerdo con los lineamientos de la Resolución 313 de 2020, se viene operando el SIG de la UAESP y bajo los lineamientos del esquema de roles y responsabilidades definidas.</p>	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	C Efectuar en la actualización del Manual la definición de líneas de reporte en temas clave para la toma de decisiones. (diferentes a la administración y evaluación de riesgos). Esta acción no requiere plan de mejoramiento toda vez que actualmente se está desarrollando en el marco de una acción ya formulada.			
AC	DDE	DCI	6.1	SPP	Direccionamiento estratégico	<p>9</p> <p>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</p> <p>Política de Administración de Riesgo</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	<p>Acta 1 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 29/01/2021 Acta No 6 Comité de Desempeño 01/06/2021</p> <p>Durante el primer CICI se desarrolló actualización de la Política de Administración de Riesgos de la Entidad en cabeza de la OAP Actualmente está en proceso de actualización la Política de Administración de Riesgos en concordancia con la Guía DAFP -2020 Actas de Comité de Desempeño Informe primer trimestre segunda línea de defensa</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	C			
AC	DER	DCI	4.1	SPP	Direccionamiento estratégico	<p>10</p> <p>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</p> <p>Revisión por la Dirección 9 de abril de 2021. PC-04 Formulación y actualización del plan estratégico institucional V4 PC- 03 formulación y seguimiento del plan de acción institucional V6 - Informe Plan de Acción</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	<p>Acta No 4 y 6 Comité de Gestión y Desempeño 09/4/2021 y 01/06/2021</p> <p>Informe trimestral del Plan Estratégico Institucional Matriz seguimiento Plan de Acción Institucional Informe Revisión por la Dirección de acuerdo con los lineamientos de ISO 9011:2015</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	C			

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION	
MECI	MIPIG	X	NTCISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?					
AC	DCI	-	6.1.	SPP	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.	Política de Administración de Riesgo - Tabla niveles de aceptación	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta CCCI del 29 de enero de 2021	Comité de Control Interno- Acta Seguimiento - Matriz de mapa 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		C
AC	DTH	DCI	9.1	SPP	Gestión del Talento humano	12	Evaluación de la Planeación Estratégica del Talento Humano	Plan Estratégico Talento Humano	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta No 02 de la Mesa Técnica de Políticas - 9 /07/2021	Mesa Técnica de Políticas - Talento Humano Seguimiento corte 30 de junio 2021 - mediante Plan de Acción Institucional	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		C
AC	DTH	DCI	9.1	SPP	Gestión del Talento humano	13	Evaluación de las actividades relacionadas con el Ingreso del personal	PC-01 Vinculación y Retiro V7 Plan de vacancia Plan de Provisión	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta Comisión de Personal - 29/05/2021 Acta 5 Comité Primario Talento Humano - 31/05/2021	Comisión de Personal Comité Primario Talento Humano Reportes Nómina Registro SIDEAP Matriz planta de personal Consolidado actos administrativos del talento humano Matriz consolidado estado de previsión vacantes OPEC	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		C
AC	DTH	DCI	9.1	SPP	Gestión del Talento humano	14	Evaluación de las actividades relacionadas con la permanencia del personal	GTH-PC-05-V7 Formulación, ejecución y evaluación plan institucional de capacitación PC-06 PC-06 Prog Salud Ocup V1 GTH-PC-08-V6 Formulación, ejecución y evaluación plan de Bienestar Social e Incentivos	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta Comisión de Personal - 30/04/2021 Acta 5 Comité Primario Talento Humano - 31/05/2021	Comisión de Personal Indicadores de talento humano Informes trimestrales bienestar y Capacitación Comisión de Personal Registro SIDEAP Matriz planta de personal Consolidado actos administrativos del talento humano	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		C
AC	DTH	DCI	9.1.3 7.3	LMV	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)	La entidad cuenta desde el proceso de Gestión de Comunicaciones con el protocolo de Gestión de Comunicaciones, cuenta con su Plan Estratégico de comunicaciones, también con Plan de Relaciones Interinstitucionales y también con protocolo de proceso de gestión de comunicaciones, publicados en el portal a través de MIPIG. link: https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/comunicaciones/editables/PL-01_Plan%20Estrategico%20de%20Comunicaciones%20V5.docx https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/comunicaciones/editables/PL-02%20Plan%20de%20Relaciones%20Interinstitucionales%20V1.doc https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/comunicaciones/editables/PT-01%20Protocolos%20proceso%20Gestion%20Comunicaciones%20V1.docx Adicionalmente, se destaca la conformación de la Resolución 313 de 2020, donde se fijó la instancia de operación y aplicación del Sistema	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario; Tema en desarrollo Reunión administrativa Oficina Asesora de Comunicaciones y Relaciones Interinstitucionales	OACRI ha venido trabajando este año con los que se encuentran publicados en la web, como se evidencia en el Acta No.3 de 18 de marzo de 2021, sin embargo, se encuentran en actualización de los mismos procedimientos Se evidencia acta de 24 de mayo donde se habla de revisión de los documentos publicados en el sistema integrado de gestión 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	Conforme	Se recomienda tener en cuenta para los comités primarios hacer referencia a la resolución 313 de 2020, puesto que la resolución 696 de 2017 fue derogada por la 313 de 2020.	C
AC	DTH	DCI	9.1.3 5.1	SPP	Gestión del Talento humano	16	Evaluación de las actividades relacionadas con el retiro del personal	PC-01 Vinculación y Retiro V7 Plan de vacancia Plan de Provisión	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Reportes Nómina Registro SIDEAP Consolidado actos administrativos del talento humano	Es de precisar que si bien la UAESP cuenta con un documento en línea de entrevista de retiro, la misma no se está efectuando en una muestra representativa del personal retirado dificultando una evaluación robusta que facilite la toma de decisiones; por ende, actualmente el proceso informa que se encuentra en ajuste la "entrevista" de retiro - Acción formulada en plan de mejoramiento institucional	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Teniendo en cuenta que esta acción está formulada en Plan de Mejoramiento Institucional su valoración de cumplimiento total se dará una vez esté realizada	C

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION	
MECI	IMPG	X	NTCISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?					
AC	DTH	DCI	9.1.3	SPP	Gestión del Talento humano	17	Evaluar el impacto del Plan Institucional de Capacitación - PI	GTH-PC-05-V7 Formulación, ejecución y evaluación plan institucional de capacitación	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Actas 01 y 02 equipo talento humano - 21/06/2021 y 24/06/2021 Listados asistencia reuniones DASCD - 16/06/2021 - 07/07/2021	Informe trimestral Plan de capacitación Indicador Talento Humano Es de mencionar que si bien se realiza el informe citado y se lleva un indicador de actividades de talento humano, no se está efectuando una medición del impacto con los estándares que corresponde, por ende, el proceso informa que actualmente se está realizando articulación con el Servicio Civil para medición de Impacto - Acción Incluida Plan de Mejoramiento Institucional	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Teniendo en cuenta que esta acción está formulada en Plan de Mejoramiento Institucional su valoración de cumplimiento total se dará una vez esté realizada	C
AC	DTH	DCI	9.1.3	LSC	Gestión de Asuntos Legales	18	Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo	Se tiene elaborado y adoptado el Manual de Contratación GAL-MN-01 V11, en el cual se establece el método para evaluar los productos y servicios en los cuales participan los contratistas, de acuerdo con lo establecido en la ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario Informes de Supervisión	Dentro de las evidencias revisadas en el primer semestre, se observa que los supervisores de los contratos de la SAL hacen seguimiento y evaluación a los productos y servicios entregados por los contratistas, de acuerdo con los parámetros y obligaciones establecidas en el Numeral 5.5. del Manual de Contratación, que cita: "el supervisor o interventor podrá realizar evaluaciones periódicas y continuas de las actividades que desarrolla el contratista. . . ." y de detectarse deficiencias o irregularidades deben incluirse en los respectivos informes. Como prueba de la operatividad del control están los informes de gestión para el pago.	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		C
AC	DTH	DCI	9.1.3	LMV	Gestión del Conocimiento	19	Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo	La entidad cuenta con manual de contratación para tener como línea base para sus respectivas contrataciones. https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/MN_01-Manual_Contratacion-V11.docx Igualmente los formatos de seguimiento correspondientes, https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/contratacion/FM-01%20Hoja%20de%20Control%20Contratacion%20V7.xlsx https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/contratacion/FM-03-Hoja_control_contratacion_directa-V13.xls	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.		Desde el proceso de Gestión de Conocimiento se verifica y evidencia la evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo, con base en manual de contratación especialmente con el cumplimiento de los informes GAL_FM_21 V.1 de parte del contratista, y el GAL-FM-21 V.4 de parte del supervisor. Acta de supervisión y certificación de cumplimiento de cada contrato	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		C
AC	DTH	DCI	9.1.3	LSC	Servicios Funerarios	20	Evaluación frente a los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo	Se tiene elaborado y adoptado el Manual de Contratación en el cual está el procedimiento para evaluar los productos y servicios en los cuales participan los contratistas, de acuerdo con lo establecido en la ley 80 de 1993, la Ley 1474 de 2011 y adicional se lleva el Formato FM-02 Informe Mensual supervisión contrato V7"	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	Dentro de las evidencias revisadas en el primer semestre del 2021, se observa que la UAESP a través de la Subdirección de Servicios 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, de acuerdo con lo establecido en el Numeral 5.5. del Manual de Contratación, así mismo se evidenció el diligenciamiento del formato FM-02 Informe Mensual de supervisión contrato V7. para los meses de enero, febrero, marzo y abril del 2021. Por otra parte, revisadas las actas de comité primario del primer semestre, se observa tratado el tema referente al informe de supervisión y control de los servicios prestados.	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		C
AC	DIC	DCI	8.1	SPP	Direccionamiento estratégico	21	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	Manual Sistema Integrado de Gestión nueva versión Política de Administración de Riesgo Resolución UAESP 313 de 2020	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.		Actualmente está en proceso de actualización el Manual del Sistema Integrado de Gestión por lo tanto para la operatividad de este control, está pendiente que el mismo se oficialice con cambios como: actualización de definición de líneas de defensa según Manual Operativo versión 4; temas, responsables y periodicidad de acuerdo a líneas de defensa.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Incluir en la actualización del Manual en curso, reporte, periodicidad y responsables frente a diferentes temas críticos de la entidad desagregado por líneas de defensa. Esta acción no requiere plan de mejoramiento toda vez que actualmente se está desarrollando en el marco de una acción ya formulada.	C
AC	DCI	-	5.1 9.3	LMV	Evaluación y Mejora	22	La Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros	Se evidencia Acuerdo 011 de 2014. https://www.alcaldiabogota.gov.co/sitjor/normas/Norma1.jsp?i=64281	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Consejo Directivo	La UAESP, hace parte del consejo Directivo, donde para la Alta Dirección analiza la información asociada con la generación de reportes financieros, se evidencia acta No1. de Consejo Directivo del 25 de Marzo de 2021, donde se aprueban los estados financieros de la UAESP.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme		C

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMPG	X	NTC ISO 9001	X				PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
AC	DCI	-	5.3	5.1	LSC	Gestión de Apoyo Logístico	23	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 tiene definido para la segunda línea de defensa los siguientes procedimientos: PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional V6 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 V9, 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	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	Dentro de las evidencias revisadas del primer semestre, se observa el seguimiento a las acciones incluidas en los Planes de Mejoramiento del proceso de Gestión Logística, como resultado de la Auditoría Directiva 003 realizada y socializada en el mes de abril, lo cual contribuye a la mitigación de los Riesgos del proceso y facilitan el cumplimiento de las metas y objetivos, por lo que se concluye que el control opera	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	C	
AC	DCI	-	5.3	5.1	LSC	Gestión de Asuntos Legales	24	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 tiene definido para la segunda línea de defensa los siguientes procedimientos: PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional V6 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 V9, 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	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	Dentro de las evidencias revisadas del primer semestre, se observa el seguimiento a las acciones incluidas en los Planes de Mejoramiento del proceso de Asuntos Legales, como resultado de la Auditoría a de contratación realizada y socializada en el mes de marzo, lo cual contribuye a la mitigación de los Riesgos del proceso y facilitan el cumplimiento de las metas y objetivos. Así mismo se observó que los avances del PAI y PEI fueron presentados por el proceso oportunamente a la segunda y tercera línea de defensa, por lo que se concluye que el control operó.	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	C	
AC	DCI	-	5.3	5.1	LSC	Gestión de la Innovación	25	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 tiene definido para la segunda línea de defensa los siguientes procedimientos: PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional V6 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 V9, 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	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario Mesa técnica de gestión del conocimiento y la innovación.	Dentro de las evidencias allegadas, se observó que los avances del PAI y PEI del proceso fueron presentados oportunamente, como el seguimiento a la matriz de riesgos del proceso de innovación y conocimiento, donde se tienen establecidos cinco controles para mitigar la materialización de los riesgos y así garantizar el cumplimiento de los objetivos.	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	C	
AC	DOVR	DCI	9.1	6.3	LMV	Gestión del Conocimiento	26	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 ha venido trabajando con la política de Administración de Gestión de Riesgo que cuenta la entidad. https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Politica_de_administracion_del_riesgo_29-01-2021.doc Igualmente se cuenta con la mapa de riesgos de corrupción con un riesgo y cinco controles. https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/riesgos/mapas_2021/GESTION%20DEL%20CONOCIMIENTO%202020%20y%202021.xsm?88	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario Mesa técnica de gestión del conocimiento y la innovación Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Se ha venido trabajando con la política de Gestión de riesgos vigente, sin embargo, se está actualizando la política y se debe llevar a Comité Institucional de Control Para su aprobación. También se encuentra en proceso de revisión la unificación de los procesos tanto de Gestión de Conocimiento y de Gestión de la Innovación, igualmente en reunión con Acta del 8 e Abril se indica que se tienen herramientas para medir los indicadores de servicio (Kepler). Se evidencia seguimiento del mapa de riesgos del proceso con el RI: Inoportunidad en el cumplimiento del ciclo de valor de la Gestión del Conocimiento de la Unidad, y cinco controles y se evidencia en la página web seguimiento en junio de 2021. https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/riesgos/mapas_2021/GESTION%20DEL%20CONOCIMIENTO%202020%20y%202021.xsm?88 En comité Institucional de Gestión y desempeño se presenta Presentación Informe de Riesgos Institucionales Vigencia 2020, y en acta de 1 de junio se presenta: Presentación Informe 2a línea de defensa (seguimiento Política y matriz de Riesgos, e indicadores de proceso), Primer trimestre de 2021.	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	C	
AC	DCI	-	5.1	9.1	LMV	Evaluación y Mejora	27	La entidad aprueba y hace seguimiento al Plan Anual de Auditoría presentado y ejecutado por parte de la Oficina de Control Interno	El procesos de evaluación y mejora cuenta con el procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12, donde se evidencia que la actividad de seguimiento está definida en el procedimiento, el cual se realiza seguimiento dos veces al año sobre el PAA (Plan Anual de Auditorías) https://uaespd.sharepoint.com/:f/s/officecontrolinterno/EvaFsamNkUdJyBiaCSmCYBw0f0YnQn8Uuq9aQgd3Uw?e=RmDYIVTRD . Planes Anuales de Auditoría	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta 1 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 29/01/2021 Seguimientos mensuales Comité Primario de la Oficina	El proceso Evaluación y Mejora en lo que hace referencia al seguimiento del PAA(Plan Anual de Auditorías) y aprobación del mismo lo ha venido realizando a través del CCCI. Se evidencia el acta del 29 de enero/21 se evidencia la presentación del PAA para su aprobación.. De otra parte se tiene el indicador de cumplimiento del Plan Anual de Auditoría. https://uaespd.sharepoint.com/:x/s/officecontrolinterno/ES7UsyS:99GCD:Z7P237WBBSNOMKn8IXN_r-XauG7yQ?e=oxANF5	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	C	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	MIPIG	X	NTCISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
AC	DCI	-	10.2	LSC	Gestión de Asuntos Legales	28	La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional	Mediante los procedimientos PC-03 PM Correctivas preventivas y de mejora V9, PC-04 Auditorías Internas V12 las dependencias de la Unidad, realizan análisis a los informes de control interno, evaluando el impacto mediante la presentación de acciones correctivas y de mejora.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario Resultados Informes de Auditoría	Durante el semestre revisado la Sal formuló dos acciones en el plan de mejoramiento institucional como resultado de los seguimientos al proceso de contratación, En tal sentido, se evidencia que el proceso analiza y evalúa las recomendaciones, observaciones y oportunidades de mejora al interior del proceso y son socializados los resultados en los comités primarios del grupo, por lo se concluye la operatividad del control.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C
AC	DCI	-	10.2	LSC	Servicio al Ciudadano	29	La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional	Mediante los procedimientos PC-03 PM Correctivas preventivas y de mejora V9, PC-04 Auditorías Internas V12 las dependencias de la Unidad, realizan análisis a los informes de control interno, evaluando el impacto mediante la presentación de acciones correctivas y de mejora.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario Resultados Informes de Auditoría	Durante el semestre revisado el proceso de servicio al ciudadano remitió la formulación de una acción del plan de mejoramiento institucional como resultado de los seguimientos a PQRS del primer semestre del 2021, En tal sentido, se evidencia que el proceso analiza y evalúa las recomendaciones, observaciones y oportunidades de mejora al interior del proceso y son socializados los resultados en los comités primarios del grupo, por lo se concluye la operatividad del control.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C
AC	DCI	-	10.2	LMV	Gestión de las comunicaciones	30	La entidad analiza los informes presentados por la Oficina de Control Interno y evalúa su impacto en relación con la mejora institucional	Para el Proceso de Gestión de Comunicaciones tiene en cuenta la evaluación del impacto de en relación con la mejora institucional sobre los informes de Oficina de Control interno con base en el procedimiento Institucional de Auditorías Internas Actividad 11, Comunicar informe que se encuentra en MIPG. https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-04%20Auditorias%20internas%20V12.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.		Con base en la verificación con el proceso una vez se recibe el informe de resultado de Auditoría se analiza y se socializa al interior del proceso como primera línea de defensa, igualmente en el caso de tomar acciones correctivas o de mejora se presenta el correspondiente plan de mejoramiento. Para el último informe de Control Interno radicado N.20211100026863, manifestó socializarlo pero no hay evidencia del mismo.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme	Se recomienda socializar los informes de OCI, así no se tengan observaciones ni NO conformidades de lugar.	C
AR	DDE	-	7.1.5	LSC	Gestión de Asuntos Legales	31	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	La entidad a través del PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional V6 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.	Comité Primario	Dentro de las evidencias revisadas en el primer semestre del 2021, se observa que el proceso de Asuntos Legales actualizó el PAI y fue remitido al área de planeación para publicación en la página web de la entidad, así mismo realiza seguimiento al Plan de Acción y a los proyectos de inversión mediante las reuniones de comité primario, como se observa en las actas de las reuniones realizadas durante enero, febrero, marzo y abril del 2021	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C
AR	DDE	-	7.1.5	LMV	Gestión Integral de Residuos	32	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	La entidad cuenta con política de planeación institucional en el siguiente link: https://www.uaesp.gov.co/mipg/politicas.php?id=Direccionamiento%20estrategico%20y%20planeacion . Donde se realiza el seguimiento al PAI de manera mensual con el formato FM_05 V6, https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-05%20Plan%20de%20accion%20institucional%20V6.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.		Se evidencia el PAI (Plan de Acción Institucional), actualizado a la fecha de junio de 2021, sin embargo el área de SRBL manifiesta que no se realiza este seguimiento en ningún comité puesto que en las comités primarios se evalúan los temas misionales. El seguimiento al PAI lo realiza el profesional del área cada mes y lo envía a 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	Se recomienda que el instrumento base de mecanismos donde se vincula el plan estratégico con los objetivos estratégicos y estos a su vez con los objetivos operativos, se realice o se socialice a nivel del área en comité primario.	C
AR	DDE	-	7.1.5	LSC	Servicios Funerarios	33	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	La entidad a través del PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional V6 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.	Comité Primario	Dentro de las evidencias revisadas en el primer semestre del 2021, se observa que el proceso de Servicios Funerarios actualizó el PAI y fue remitido al área de planeación para publicación en la página web de la entidad, así mismo realiza seguimiento al Plan de Acción y a los proyectos de inversión mediante las reuniones de comité primario, como se observa en las actas de las reuniones realizadas durante enero, febrero, marzo y abril del 2021, así mismo se evidencia el acta N° 01 del 03 de febrero del 2021 donde la subdirectora de SSFAP y el equipo designado realizan revisión y seguimiento a las metas de los proyectos de inversión.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C
AR	DGVR	-	7.1.5	LSC	Gestión de Asuntos Legales	34	Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo	Se tienen establecidos los procedimientos PAI PC-03 Formulación y Seguimiento Plan de Acción Institucional V6, los proyectos de Inversión PC-02 Proyectos de inversión V6 y el PC-08 Indicadores de Gestión V8 SIG	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	Dentro de las evidencias revisadas en el primer semestre del 2021, se observa que los objetivos de los programas, proyectos y procesos se encuentran definidos y son medibles de acuerdo con las actividades formuladas en el PAI y los indicadores del proceso, así mismo, De acuerdo con los lineamientos aprobados por el CICI en el PAA Vigencia 2021 se realizó por parte de la OCI evaluación a los proyectos , en la evaluación de la Gestión Institucional del proceso con corte a abril del 2021.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMPG	X	NTC ISO 9001				PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
AR	DGVR	-	7.1.5	SPP	Direccionamiento estratégico	35	Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo	PC-03 formulación y seguimiento del plan de acción institucional SEGPLAN Tablero general indicadores	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Matriz seguimiento Plan de Acción Institucional Informe trimestral del Plan de Acción Reporte trimestral SEGPLAN Informe seguimiento trimestral indicadores de Gestión - Aprobado mediante	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		C	
AR	DGVR	-	7.1.5	LMV	Gestión Tecnológica y de la Información	36	Los objetivos de los procesos, programas o proyectos (según aplique) que están definidos, son específicos, medibles, alcanzables, relevantes, delimitados en el tiempo	La OTC por medio del PAI con procedimiento formulación y seguimiento del plan de acción institucional define. Los objetivos de los procesos, programas o proyectos, y se realiza seguimiento mensual de manera interna y cuatrimestral por la OOI. https://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes El procedimiento PC-03 formulación y seguimiento del plan de acción institucional V6	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	En el Comité Primario se realizan los avances del PAI con base en la Resolución comité primario resolución 313 de 2020 Se evidencia el desarrollo seguimiento periódico del PAI teniendo en cuenta los plazos y porcentajes de cumplimiento entre lo programado versus lo ejecutado en las Actas de comités primarios: Marzo 26, Abril 28, Mayo 25, Junio 22 de 2021.	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		C	
AR	DDE	DCI	7.1.5	SPP	Direccionamiento estratégico	37	La Alta Dirección evalúa periódicamente los objetivos establecidos para asegurar que estos continúan siendo consistentes y apropiados para la Entidad	Revisión por la Dirección 9 de abril de 2021 Plan Estratégico Institucional	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Informe trimestral Plan Estratégico Institucional Informe revisión por la Dirección del 9 de abril de 2021	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		C	
AR	DDE	-	6.1	SPP	Direccionamiento estratégico	38	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	Política de Administración del Riesgo del 29 de enero de 2021 PC-07 Administración Riesgos V6	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta 1 del Comité 29 de enero de 2021 Informes de Revisión de riesgos en marco del Comité de Gestión y Desempeño por parte de la Segunda línea de defensa. Acta 3 del Comité de Gestión y Desempeño Informes de seguimiento de la tercera línea de defensa, los cuales son publicados en la pagina web 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	Conforme		C	
AR	DCI	-	6.1	SPP	Direccionamiento estratégico	39	La Oficina de Planeación, Gerencia de Riesgos (donde existan), como 2a línea de defensa, consolidan información clave frente a la gestión del riesgo	Política de Administración del Riesgo PC-07 Administración Riesgos V6	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta de Comité 6 del 01/06/2021 Comité Institucional de Gestión y desempeño del 1 de junio de 2021 Informe primer trimestre segunda 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	Conforme		C	
AR	DCI	-	9.3	SPP	Direccionamiento estratégico	40	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	Política de Administración del Riesgo PC-07 Administración Riesgos V6	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta de Comité 6 del 01/06/2021 Comité Institucional de Gestión y desempeño del 4 de febrero de 2021 y 1 de junio de 2021 Informe primer trimestre 2021 segunda 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	Conforme		C	
AR	DDE	DCI	6.1	SPP	Direccionamiento estratégico	41	Cuando se detectan materializaciones de riesgo, se definen los cursos de acción en relación con la revisión y actualización del mapa de riesgos correspondiente	Política de Administración del Riesgo	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Actualmente no se han presentado materialización de riesgos en la UAESP	3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme		C	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION		
MECI	IMIPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?						
AR	DER	DCI	9.1	LMV	Evaluación y Mejora	42	Se llevan a cabo seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo detectadas	A través de la política de gestión de riesgos que tiene la UAESP, se realiza seguimientos de las acciones para evitar que los mismos no se materialicen. https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Politica_de_administracion_del_risiko_29-01-2021.doc También se realiza seguimientos a través del mapa de riesgos tanto de corrupción. https://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes#	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité de Gestión y Desempeño	Para el proceso de Evaluación y Mejora se realizan seguimientos a las acciones definidas para resolver materializaciones de riesgo tanto de corrupción como de gestión, y con sus observaciones y recomendaciones a lugar. A nivel institucional se realiza una evaluación de riesgos también de corrupción y de gestión a todos los procesos en las auditorías de Evaluación a la Gestión Institucional, donde se presentan informes individuales a cada proceso, y uno general a la alta dirección. Estos informes fueron radicados en Orfeo con los siguientes números: Se realizaron los informes de auditoría donde se contemple la evaluación realizada a los riesgos de corrupción y de gestión. (Radicados UAESP No. 20211100026863, 20211100026993, 20211100026323, 20211100026473, 20211100026543, 20211100026813, 20211100027003, 20211100026403, 20211100026613. También se evidencia en el Comité de Gestión y Desempeño en el Acta No. 3 del 4 de febrero de 2021, donde en el ítem 5 se habla de informe de riesgos de corrupción pagina Web.	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	C		
AR	DDE	-	4.1				SPP	43	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	Política de Administración del Riesgo Lineamientos para el análisis anual del contexto por proceso para la correcta identificación de los riesgos en construcción - Asociado en acción de Plan de Mejoramiento Institucional DES-PC-07-V7 Administración riesgos y oportunidades en construcción	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Sí bien la acción está documentada, no se cuenta con evidencia de que los procesos estén efectuando la verificación de contexto de acuerdo con la periodicidad que pide la Política actual. Actualmente se encuentra en actualización el lineamiento para el análisis anual del contexto por proceso para la correcta identificación de los riesgos - Asociado en acción de Plan de Mejoramiento Institucional	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Teniendo en cuenta que esta acción está contemplada en el Plan de Mejoramiento Institucional, no se requiere plan de mejoramiento adicional; una vez dicha acción esté cumplida al 100% y dicho documento tenga definidos los procesos, programas o proyectos susceptibles de posibles actos de corrupción, se evaluará esta pregunta en 3.	C
AR	DCI	-	6.1				SPP	44	La Alta Dirección monitorea los riesgos de corrupción con la periodicidad establecida en la Política de Administración del Riesgo	Política de Administración del Riesgo Actas Comités de Gestión y Desempeño 2021 Acta Comité Institucional de Coordinación de Control Interno	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Informe seguimiento segunda línea de defensa - Matriz de mapa 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	C	
AR	DCI	-	7.1.4				SPP	45	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	Manual de funciones UAEPs Resolución 313 de 2020 - Instancias de Operacionalización del SIG de la UAESP	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Notificaciones de funciones al ingreso y reubicaciones Actas y demás documentación de la operacionalización de las distintas instancias (Comités, Mesas Técnicas, Comités Primarios entre otras).	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	C	
AR	DCI	-	7.1.4				LSC	46	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	Las funciones del personal se encuentran contempladas en la resolución 158 del 2018 (Manual de funciones) y es deber de cada jefe de área verificar su cumplimiento y pertinencia, en el manual de funciones de encuentran definidos los niveles de responsabilidad y autoridad. Por otra parte, la Unidad estableció la Política de Gestión del Riesgo, donde se pueden determinar las actividades de control así como el PAAC donde se fijan los responsables de cada actividad.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	Se evidenció que dentro de los seguimientos realizados al PAAC del proceso de la SAL correspondiente al 1er cuatrimestre de 2021, se evaluó el diseño de las actividades de control, la asignación de responsables para ejecutar las mismas por cada riesgo de corrupción identificado, para reducir los riesgos de corrupción. El cumplimiento de las actividades del PAAC es tratado en el 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	C
AR	DCI	-	7.1.4				LSC	47	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	Las funciones del personal se encuentran contempladas en la resolución 158 del 2018 y es deber de cada jefe de área verificar su cumplimiento y pertinencia, en el manual de funciones de encuentran definidos los niveles de responsabilidad y autoridad. Por otra parte, la Unidad estableció la Política de Gestión del Riesgo, donde se pueden determinar las actividades de control así como el PAAC donde se fijan los responsables de cada actividad.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se evidenció que dentro de los seguimientos realizados al PAAC del proceso de Atención al Ciudadano, se tienen definidos los responsables del cumplimiento de las acciones, así mismo se actualizó durante el primer semestre los controles de la matriz de riesgos de corrupción al interior del proceso. Los temas de actualización de matriz de riesgos no son tratados en 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	C	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMIPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
AR	DCI	-	10.2	SPP	Direccionamiento estratégico	48	La Alta Dirección evalúa fallas en los controles (diseño y ejecución) para definir cursos de acción apropiados para su mejora	Política de Administración del Riesgo PC-07 Administración Riesgos V6	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta de Comité de Gestión ya Desempeño del 01/06/2021	Informe seguimiento segunda línea de defensa - Matriz de mapa de riesgos Informe seguimiento segunda línea de defensa - Matriz de mapa de riesgos. No obstante, se bien es cierto se realizan seguimientos al estado de cumplimiento de los mapas de riesgos, no se evidencia en las actas la evaluación táctica de evaluación de fallas en los controles en los informes de segunda línea de defensa.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Es necesario evidenciar en los diversos comités del equipo directivo de la Entidad, que se documenten los procesos de análisis y toma de decisiones por evaluación de controles. Lo anterior, por cuanto solo se evidencian los ejercicios de presentación más de no análisis, ni de decisiones diferentes a las presentaciones de la segunda y tercera línea de defensa.
AR	DDE	-	6.1	SPP	Direccionamiento estratégico	49	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	Política de Administración del Riesgo Lineamientos para el análisis anual del contexto por proceso para la correcta identificación de los riesgos en construcción - Asociado en acción de Plan de Mejoramiento Institucional DES-PC-07-V7 Administración riesgos y oportunidades en construcción	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Sí bien la acción está documentada, no se cuenta con el monitoreo de factores internos y externos. Actualmente se encuentra en construcción el Lineamiento para el análisis anual del contexto por proceso para la correcta identificación de los riesgos - Asociado en acción de Plan de Mejoramiento Institucional	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Teniendo en cuenta que esta acción está contemplada en el Plan de Mejoramiento Institucional, una vez dicha acción esté cumplida al 100% en concordancia con lo solicitado en este ítem, se evaluará esta pregunta en 3.	
AR	DCI	-	9.3	SPP	Direccionamiento estratégico	50	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	Revisión por la Dirección del 9 de abril de Matriz mapa de riesgos de gestión y corrupción	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta Comité de Gestión y Desempeño 5 del 9/04/2021 Acta de Comité de Gestión y Desempeño del 01/06/2021	Informe revisión por la Dirección Acta Comité de Gestión y Desempeño Informe seguimiento segunda línea de defensa - Matriz de mapa 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	
AR	DCI	-	9.3	SPP	Direccionamiento estratégico	51	La Alta Dirección monitorea los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos	Política de Administración del Riesgo	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta de Comité de Gestión y Desempeño del 01/06/2021 Acta de Comité de Coordinación de Control Interno 29 /01/2021	Informe revisión por la Dirección Acta Comité de Gestión y Desempeño Informe seguimiento segunda línea de defensa - Matriz de mapa 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	
AR	DCI	-	10.0	SPP	Direccionamiento estratégico	52	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	Política de Administración del Riesgo	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta de Comité de Gestión y Desempeño del 01/06/2021	Informe seguimiento segunda línea de defensa - Matriz de mapa 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	
AR	DDE	DCI	8.2.4	LSC	Gestión de Asuntos Legales	53	La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales	En la entidad el CICI, cuando se presenta un cambio de nueva administración, imparte lineamientos para hacer seguimiento y evaluar el sistema de control interno de acuerdo con las funciones del comité.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité CICI Comité Primario	En sesión N1 el CICI, se evaluó el resultado de la preparación de equipos de trabajo en general, en virtud de los nombramientos de la convocatoria de la CNSC, analizando el impacto en la continuidad de la gestión, así mismo el equipo de la SAL evalúa los resultados de la gestión a través de las actas de comité primario, que para el primer semestre del 2021 no presentó novedades en la estructura del 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	Conforme	
AR	DDE	DCI	8.2.4	LMV	Gestión Tecnológica y de la Información	54	La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales	"Desde el proceso de OTIC se ha continuado trabajando con el sistema de Control interno, el impacto se generó el año anterior por el concurso de la CNSC, pero este año no se han ejecutado cambios, se continúa con los procesos, procedimientos y políticas del sistema, entre ellos evaluado riesgos de riesgos, y demás procesos. https://www.uaesp.gov.co/mipg/index.php#descripcion "	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario	Se evidencia en las Actas de comités primarios: de Enero 25, Febrero 23, Marzo 26, Abril 28, Mayo 25, Junio 22 de 2021.	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	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	MIPIG	X	NTCISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
AR	DDE	DCI	8.2.4	LMV	Gestión de las comunicaciones	<p>La entidad analiza el impacto sobre el control interno por cambios en los diferentes niveles organizacionales</p> <p>Desde el proceso de Gestión de Comunicaciones se ha continuado trabajando con el sistema de Control interno y no se ha generado impacto alguno se continúa con los procesos, procedimientos y políticas del sistema, entre ellos evaluado riesgos de riesgos, seguimiento de controles de los mapas de riesgos y demás procesos. https://www.uaesp.gov.co/mipg/index.php?descripcion</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario	El proceso no sufrió ningún tropiezo se sigue trabajando Matriz de riesgos el siguiente se realiza en plan de acción y lo demás del sistema de gestión, como se evidencia en las actas de 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	Conforme	Se recomienda tener en cuenta para los comités primarios hacer referencia a la resolución 313 de 2020, puesto que la resolución 696 de 2017 fue derogada por la 313 de 2020.	C	
Act.C	DCI	-	5.3								LSC	Gestión Documental			<p>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</p> <p>La entidad cuenta con el manual de funciones adoptado mediante la resolución 158 del 2018 donde se definen 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.</p> <p>Política de riesgos y matriz de riesgos de gestión y corrupción.</p>
Act.C	DCI	-	5.3	LMV	Gestión de las comunicaciones	<p>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</p> <p>El proceso de Gestión de Comunicaciones coordina el tema con base en la política gestión de riesgos que se encuentra en el portal web, y así mismo la matriz de riesgos tanto de corrupción como de gestión y sus respectivos controles.</p> <p>Link: Política de Gestión de Riesgo que actualmente cuenta la entidad. https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Politica_de_administracion_del_riesgo_29-01-2021.doc</p> <p>https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/riesgos/mapas_2021/GESTION%20COMUNICACIONES%202020%20y%202021.xlsm?52</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario	Se puede evidenciar en Actas de comité primario la evaluación de riesgos tanto de corrupción como de gestión Actas NO1,2,3,4,5,6 de Enero 20, Febrero 25, Marzo 18, Abril 23, Mayo 14, Junio 11 de 2021	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se recomienda tener en cuenta para los comités primarios hacer referencia a la resolución 313 de 2020, puesto que la resolución 696 de 2017 fue derogada por la 313 de 2020.	C	
Act.C	DCI	-	5.3								LSC	Servicios Funerarios			<p>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</p> <p>La entidad cuenta con el manual de funciones adoptado mediante la resolución 158 del 2018 donde se definen 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.</p> <p>Política de riesgos y matriz de riesgos de gestión y corrupción.</p>
Act.C	DCI	-	5.3	LSC	Gestión de Asuntos Legales	<p>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.</p> <p>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.</p>	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	Dentro del proceso de la SAL se realizan las actividades del Plan Anual de Adquisiciones de acuerdo con lo programado, se evidencia en las actas de comité primario que el proceso evalúa el avance de la Contratación para lograr el cumplimiento de las actividades.	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		C	
Act.C	DCI	-	5.3								LMV	Gestión Integral de Residuos	<p>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.</p> <p>La UAESP tiene el plan anual de adquisiciones publicado en el siguiente LINK:https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/contratacion/PA_A_2021_V16.xlsx</p> <p>Con base en este PAA, se realiza la proyección de contratación para falta de personal y a su vez el presupuesto de cada vigencia.</p>		3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMPG	X	NTC ISO 9001				PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
Act. C	DCI	-	5.3	LSC	Servicios Funerarios	61	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.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Actas Comité Primario	Dentro del proceso de servicios Funerarios se realizan las actividades del Plan Anual de Adquisiciones de acuerdo con lo programado, se evidencia en las actas de comité primario que el proceso evalúa el avance de la Contratación para lograr el cumplimiento de las actividades.	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		C	
Act. C	DGVR	DCI	4.4	SPP	Direccionamiento estratégico	62	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	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Manual Sistema Integrado de Gestión Certificación ISO 9001-2015	Informe de auditoría SGS abril 2021 Informe revisión por la 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		C	
Act. C	DGVR	-	8.4	LMV	Gestión Tecnológica y de la Información	63	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	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	La OTIC cuenta con una matriz de seguridad digital de las cuales tiene 15 riesgos y 28 controles para su gestión de seguridad digital, donde es transversal a la Entidad también se tienen actividades de programación de mantenimientos preventivos que son controles para minimizar riesgos, así como procedimientos de backup para garantizar la operatividad de la Unidad. Se esta adelantando en punto final la implementación del DRP Se tiene un procedimiento de mantenimiento GTI-PC-05 Mantenimiento y soporte https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/gestioni/editables/PC-05%20Mantenimiento%20y%20soporte%20V5.docx	Se adjudico el mantenimiento preventivo y correctivo a la plataforma tecnológica CONTRATO UAESP-437-2021 - Mantenimiento TI del 28 junio de 2021, Para los meses de enero a junio se contaba con el contrato UAESP-230-2020 - Mantenimiento TI y su otrosí verificado en evaluación de gestión institucional. Se evidencian Acta Seguimiento Contratos de mantenimiento Enero, febrero, marzo, abril 2021. Sólo se evidencia un informe de supervisión del contrato y según contrato debe ser trimestral.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Se recomienda contar con los informes de supervisión de los contratos de mantenimiento de infraestructura tecnológica con base en lo estipulado en el contrato que es trimestral. También contar con el cronograma de mantenimientos preventivos para el año 2021.	C	
Act. C	DGVR	-	8.4	LMV	Gestión Tecnológica y de la Información	64	Para los proveedores de tecnología selecciona y desarrolla actividades de control internas sobre las actividades realizadas por el proveedor de servicios	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	La OTIC de la UAESP, tienen control y seguimiento de los contratos con los proveedores a través de reuniones periódicas, actas de compromisos. Estos resultados se presentan y analizan en las reuniones periódicas de seguimiento a los contratos. No se evidencia ningún proceso, ni manual, ni política o instructivo para este seguimiento a proveedores de servicios. Se evidencia una matriz donde se registra el seguimiento a proveedores	Reuniones de supervisión con los proveedores seguimiento a contratos se evidencian Acta Seguimiento Contratos de mantenimiento Enero, febrero, marzo, abril, mayo 2021. Estos resultados se presentan según las condiciones contractuales y de acuerdo a la minuta del contrato y la modalidad del contrato En matriz que se evidencia, se observa que se encuentran consolidando la información de seguimiento de proveedores para 2021.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se recomienda contar con la matriz de seguimiento de seguimiento a proveedores en su totalidad para el año 2021 y tener este consolidado con base en las actas de seguimiento a contratos para tener la información unificada en un solo punto de control.	C	
Act. C	DGVR	-	5.3	LSC	Servicio al Ciudadano	65	Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	La entidad cuenta con 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. 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: Manual de Atención al ciudadano MN 01 Procedimiento servicio al ciudadano PC 01 V7 Atención a derechos de petición y PQRS PC 05 V6	El proceso de servicio al ciudadano tiene la distribución de las funciones de acuerdo con el manual de funciones para los funcionarios de planta y para los contratistas se definen las responsabilidades en los contratos de prestación de servicios del personal vinculado al área	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		C	
Act. C	DGVR	-	5.3	LSC	Servicios Funerarios	66	Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se tiene la Resolución 313 de 2020, donde 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.	El proceso de Servicios Funerarios define las funciones del grupo de trabajo de acuerdo con las definidas en el manual de funciones y mediante las instrucciones impartidas por la subdirección del área, en comité primario donde definen los roles y usuarios de las diferentes bases de datos con que cuenta el proceso, como se observa en las actas de comité primario de febrero y marzo del 2021.	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		C	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMPG	X	NTCISO 9001				PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
Act.C	DGVR	-	5.3	SPP	Gestión del Talento humano	67	Se cuenta con matrices de roles y usuarios siguiendo los principios de segregación de funciones.	Manual de funciones UAEP5	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Notificaciones de funciones al ingreso y reubicaciones	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		C	
Act.C	DCI	-	9.2	LMV	Evaluación y Mejora	68	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.	A través de la política de gestión de riesgos que tiene la UAESP, se realizan seguimientos de las acciones para evitar que los mismos se materialicen. https://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes/pol%C3%ADtica-administrac%C3%B3n-del-riesgo-2021 . También se realiza seguimientos a través del mapa de riesgos tanto de corrupción como de gestión y estos se publican en la página web de la Entidad.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comités primarios Informe a la 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		C	
Act.C	DGVR	-	9.1	LSC	Gestión de Asuntos Legales	69	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.	1. Normograma, 2. El Instructivo para la imposición de sanciones V1 3. Instructivo fichas verdes y azules 4. Mapa de riesgos	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario Mesas técnicas	Dentro de las evidencias revisadas para el primer semestre del 2021, se observó que el grupo de asuntos legales, formuló la actualización del GAL PC-03 Procedimiento atención a procesos judiciales, GAL PC 05 V6 Procedimiento trámite de conciliaciones extrajudiciales y se formuló la actualización del formato de los estudios previos.	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		C
Act.C	DGVR	-	9.1	LSC	Gestión Financiera	70	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.	1. Normograma, 2. El Instructivo trámite pasivo exigible IN 05-v1 3. Instructivo trámites de pago IN 04-v1 4. Manual prácticas contables 3. Mapa de riesgos	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta de Comité de Sostenibilidad contable Plan de sostenibilidad contable	Se evidencia en el acta de sostenibilidad contable del 26 de marzo del 2021, la socialización del plan de sostenibilidad contable y el seguimiento realizado a las acciones de control, seguimiento que realiza el grupo liderado por la contadora de la entidad, así mismo se evidencia la actualización del normograma.	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		C
Act.C	DGVR	-	9.1	LSC	Gestión Documental	71	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.	1. Actualización Normograma, 2. Organización de archivos de gestión IN 01-v1 3. Diligenciamiento FUID IN 02 v1 4. Gestión de archivo central PC 01 5. Instructivo de foliación IN 04 6. Transferencias documentales PC 01 7. Mapa de riesgos	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Mesas técnicas	Dentro de las evidencias revisadas para el primer semestre del 2021, se observó que el grupo de Gestión documental viene formulando la actualización de los siguientes procedimientos: GDO- IN-04 V1 Instructivo de Foliación.docx; GDO- IN-05 V1 Limpieza y Desinfección.docx; GDO- PC-16 V1 Disposición final.docx; GDO-PC-1 V4 Transferencia Documentales.doc; GDO-PC-3 V3 Desarrollo de colecciones Centro de Documentación.doc; GDO-PC-4 V2 Organización de Archivos de Gestión.doc; GDO-PC-6 V5 Elaboración y actualización TRD.doc; GDO-PC-13 V2 Consulta y préstamo de documentos.doc; GDO-PC-14 V1 Planeación de la Gestión Documental.doc; GDO-PC-15 V1 Valoración Documental.doc; , formuló la actualización del GAL PC-03 Procedimiento atención a procesos judiciales, GAL PC 05 V6 Procedimiento trámite de conciliaciones extrajudiciales y se formuló la actualización del formato de los estudios previos.	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		C
Act.C	DER	-	9.1	LMV	Evaluación y Mejora	72	El diseño de controles se evalúa frente a la gestión del riesgo	A través de la política de gestión de riesgos que tiene la UAESP, se realiza seguimientos de las acciones para evitar que los mismos se materialicen. https://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes/pol%C3%ADtica-administrac%C3%B3n-del-riesgo-2021 . También se realiza seguimientos a través del mapa de riesgos tanto de corrupción como de gestión	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Informe a la Dirección 20211100027593,	Una vez verificado el proceso de Evaluación y Mejora en lo que corresponde al diseño de controles se enmarcan en la evaluación frente a los riesgos de corrupción y de gestión, estos fueron definidos según el PAAC en el mes de enero /21, la evaluación de controles se realizó en la evaluación a la gestión institucional en los meses de abril y mayo, y su consolidación institucional se encuentra en el informe a la Dirección radicado No. 20211100027593. E y M hace seguimiento a plan de manejo de riesgos y a los controles establecidos en el mismo,	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		C

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
Act.C	DDE	-	9.1 6.1	SPP	Direccionamiento estratégico	73	Monitoreo a los riesgos acorde con la política de administración de riesgo establecida para la entidad. PC-07 Administración Riesgos V6	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta de Comité 6 del 01/06/2021 Cada proceso realiza el monitoreo a los riesgos de su proceso y envía a la OAP, donde se genera el Informe de seguimiento segunda línea de defensa - Matriz de mapa de riesgos. Adicionalmente la OCI realiza el seguimiento al mapa de riesgos de gestión y corrupción y publica en página web.	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		C	
Act.C	DCI	-	9.1 8.1	LSC	Gestión de Asuntos Legales	74	Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados. 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.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario Dentro de las evidencias remitidas por el proceso, se observa que durante el primer semestre del 2021, el proceso de Asuntos Legales, viene revisando la matriz de riesgos y controles. Presentando oportunamente la autoevaluación a Planeación y a la OCI para la evaluación a la Gestión Institucional, sin embargo la política de riesgos se encuentra en actualización por parte 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	Conforme		C	
Act.C	DCI	-	9.1 8.1	SPP	Gestión del Talento humano	75	Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados. Procedimientos talento humano Matriz de riesgos del proceso - Gestión y Corrupción	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta equipo OTH 24/04/2021 29/06/2021 Seguimiento matriz de riesgos de gestión y corrupción Reuniones equipo de talento humano -Herramienta clic Teams El proceso efectúa reuniones de seguimiento para verificación de cumplimiento de sus actividades; sin embargo, no cuenta con una herramienta o algún otro medio que le permita consolidar la totalidad de sus controles permitiendo con esta efectuar verificación del cumplimiento de los mismos por parte de los responsables.	2- El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Se sugiere efectuar la identificación de la totalidad de controles propios de la gestión de talento humano por medio de alguna herramienta de consolidación, para realizar verificación de cumplimiento de los mismos por parte de los responsables asignados	C	
Act.C	DCI	-	9.1 8.1	LMV	Gestión del Conocimiento	76	Verificación de que los responsables estén ejecutando los controles tal como han sido diseñados. La entidad cuenta con la política de gestión de riesgos a su con el mapa de riesgos y sus respectivos controles, y seguimiento a los indicadores https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Politica_de_administracion_del_riesgo_29-01-2021.doc Se evidencian ejercicios de seguimiento de la segunda y tercera línea de defensa en materia de controles asociados a los mapas de riesgos de cada uno de los procesos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Gestión y Desempeño Temas en desarrollo Actualmente se está actualizando la política de gestión de riesgos de la entidad, se puede evidenciar en acta y en acta de 1 de junio se presenta: Presentación Informe 2a línea de defensa (seguimiento Política y matriz de Riesgos, e indicadores de proceso), Primer trimestre de 2021. También se evidencia consolidado de indicadores institucionales como seguimiento de controles primer trimestre segunda línea de defensa. También se evidencia documento de revisión de política de riesgos por diferentes áreas.	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		C	
Act.C	DCI	-	9.1 8.5.6	LSC	Gestión de Asuntos Legales	77	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. Política de gestión de Riesgos donde se establece el Diseño de Controles. Mapas de Riesgos FM-12 Mapa de riesgos FM-19 /modelo-transformación-organizaciona/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-19 Diseño del Control	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario Dentro de las evidencias allegadas para el primer semestre del 2021, Se observa el acta de comité primario de enero, febrero de 2021 donde 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, así mismo se tiene en cuenta la constante actualización del normograma del 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	Conforme		C	
Act.C	DCI	-	9.1 8.5.6	LSC	Servicio al Ciudadano	78	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. Política de gestión de Riesgos donde se establece el Diseño de Controles. Mapas de Riesgos FM-12 Mapa de riesgos FM-19 /modelo-transformación-organizaciona/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-19 Diseño del Control	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité institucional de gestión y desempeño En el proceso de servicio al ciudadano se evidencia, la autoevaluación de la matriz de riesgos de gestión y corrupción donde se establecen los controles para mitigar los riesgos del proceso. Así mismo se evidencia el reporte al proceso de la OCI para la evaluación de la gestión institucional realizada con corte a abril 30 del 2021, con la solidez de controles del 100%	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		C	
Act.C	DCI	-	9.1 8.5.6	LSC	Gestión de la Innovación	79	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. Política de gestión de Riesgos donde se establece el Diseño de Controles. Mapas de Riesgos FM-12 Mapa de riesgos FM-19 /modelo-transformación-organizaciona/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/FM-19 Diseño del Control	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité institucional de gestión y desempeño Dentro de las evidencias allegadas para el primer semestre del 2021, Se observa mesas de trabajo donde el proceso de gestión de la innovación realiza el tratamiento del tema de controles para los riesgos de gestión y corrupción. Así mismo se observa en acta y en acta de 1 de junio se presenta: Presentación Informe 2a línea de defensa (seguimiento Política y matriz de Riesgos, e indicadores de 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	Conforme		C	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
IC	DIC	-	7.5	LMV	Gestión Tecnológica y de la Información	80	La entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos	Interfase con los sistemas distritales para atención de PQRS - Sistema Distrital de Quejas y Reclamos Bogotá te escucha para atender los que ingresan por ese medio. Así mismo como se está en el cumplimiento de la Resolución MINTIC 1519 de 2020 cuyo porcentaje de cumplimiento a través del portal web de la entidad va en poco más de 56%. El nuevo esquema de aseo requiere información de la operación y gestión del servicio que prestan los concesionarios en cada área de servicio exclusivo asignada; información que será consolidada en el SIGAB (Sistema de Información de Gestión de Aseo de Bogotá) por el EPISA (Ente Procesador de Información del Servicio de Aseo), quien entregará la información en tiempo real a la UAESP y a la Interventoría, para el seguimiento del servicio de manera consolidada, con visión integral por zonas geográficas (ciudad, localidad y áreas de servicio exclusivo ASE).	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Reuniones de Seguimiento a la resolución 1519 de 2020 Mesa técnica - Gobierno Digital	A través de la página web se cuenta con un formulario de solicitud de par. Se cuenta con una aplicación SIGAB que captura y recopila los datos de los concesionarios para la recolección de residuos sólidos en la ciudad de Bogotá hasta su disposición final por medio de georreferenciación Se cuenta con la ventanilla Única para la Construcción donde se interopera con la Secretaría de Habitat. De acuerdo a la ejecución del contrato se reúnen para verificar condiciones técnicas Acta mesa técnica - 15 de abril 2021, donde se habla de incluir en SUIT los tres trámites y quedan 9 trámites en la UAESP, y se debe sistematizar a SUIT y RUF para el 31 de diciembre.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C
IC	DIC	-	7.5	LMV	Gestión Tecnológica y de la Información	81	La entidad cuenta con el inventario de información relevante (interno/externa) y cuenta con un mecanismo que permita su actualización	La entidad cuenta con una matriz de activos de información e índice de información clasificada y reservada en la página web, se actualiza por todas las áreas de manera coordinada por la OTIC para cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información, ley 1712 de 2014 y sus decretos reglamentarios. Procedimiento GTI-PC-04 Activos de Información Link: https://datosabiertos.bogota.gov.co/dataset/registro-de-activos-e-informacion-e-indice-de-informacion-clasificada-y-reservada	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Mesa Técnica de la Política Seguridad Digital, Se revisa, analiza y ejecuta el seguimiento a la gestión de los activos de información de la Entidad. Se evidencia mediante Acta de reunión 16 de Abril de 2021 la revisión de la matriz de riesgos de los activos de información que se diligenció por los responsables de cada dependencia donde se encontraba pendiente DAP y Comunicaciones..	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C	
IC	DIC	-	4.1 4.2	LMV	Gestión Tecnológica y de la Información	82	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	"El esquema de datos abiertos y activos de información facilita la consolidación de datos de interés tanto para las partes interesadas de la Entidad como de sus miembros. La matriz de activos se actualiza periódicamente bajo la coordinación de la OTIC, lo mismo que la clasificación de información clasificada y reservada. Muchos datos procedentes de los concesionarios deben procesarse por los supervisores de los contratos de interventoría, lo cual sería clave para la planeación institucional. Datos Abiertos: la UAESP realiza la publicación de información de valor a través del portal de datos Bogotá; periódicamente en coordinación con las áreas misionales se realiza la revisión de la información que es susceptible para ser tratada como dato abierto. Procedimiento GTI-02 Datos Abiertos Procedimiento GTI-PC-04 Activos de Información Link datos abiertos: https://datosabiertos.bogota.gov.co/ para cumplimiento de características como dato abierto y activos de información -	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Mesa de Gobierno Digital Reuniones de seguimiento Resolución 1519 de 2020 se hace seguimiento a la publicación de datos abiertos	Publicaciones de datos abiertos generadas por los Procesos Misiones de: Servicios Funerarios y Alumbrado Público y RBL, así mismo como las de interés general generadas por las áreas de apoyo. Se identificaron los datos estratégico a partir de la matriz de activos de información, se analizo la información y en coordinación con los procesos Misionales se realizo su publicación Se identificaron los datos estratégicos en las publicaciones realizadas por las áreas de Disposición Final y Aprovechamiento que ya están publicadas en la pagina web y se solicito la información en un formato editable para ser publicada en la plataforma Actas: Gobierno digital de 15 de Abril se evidencia que se ha trabajado en el tema con las áreas misionales	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	MIPIG	X	NTC ISO 9001				PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
IC	DIC	-	7.5 4.4	LMV	Gestión Tecnológica y de la Información	83	La entidad ha desarrollado e implementado actividades de control sobre la integridad, confidencialidad y disponibilidad de los datos e información definidos como relevantes	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Reuniones de seguimiento al MSPi Mesa Técnicas Seguridad Digital, documentos en desarrollo	Al verificar el informe de Auditoría de MSPi de enero 8 de 2021 se evidencia un evaluación de 54% informe No. 20211100000303. y se observa que según evaluación de OTIC a 7 de junio e 2021 se encuentra en 69% sobre la evaluación de controles de MSPi. Los encargados de las Plataformas de Antivirus y Firewall realizan constante monitoreo en busca de posibles amenazas. La Entidad cuenta con una mesa de ayuda para centralizar los incidentes y requerimientos relacionados con seguridad de la Información. Actas de seguimiento abril, mayo 7 y junio 3 y el 15 de Abril de 2021 mesa Técnica de seguridad digital Se elaboró y está en fase de aprobación el procedimiento e instructivo gestión de Incidentes de Seguridad de la Información. Actualización del procedimiento e instructivo Cifrado de Información Actualización de la Política y Manual de Políticas de Seguridad y Privacidad de la Información Se han realizado análisis de vulnerabilidad tanto a la página web como sistema Orfeo. Se evidencia matriz de plan operativo de MSPi no se observa % de avance de la resolución 500 del Min Tic.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se recomienda continuar con el plan de comunicaciones del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información y el Modelo de Seguridad y Privacidad de la información toda vez que ese plan contempla la preservación de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. También dar prioridad con la implementación de la resolución 500 de Min Tic de marzo 10 de 2021, para complementar con lo referente a: Lineamientos generados para implementación de MSPi, Guía de gestión de riesgos de seguridad de la información, Procedimientos para la gestión de incidentes de seguridad digital, Lineamientos y estándares para la estrategia de seguridad digital. Y dar prioridad con la implementación de los documentos que se encuentran en proceso. Igualmente importante que la Entidad cuente con un oficial de seguridad de la información, dado que se presenta dentro de las mejores prácticas.	C	
IC	DIC	-	7.4 7.3	LMV	Gestión de las comunicaciones	84	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)	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario Consejo de redacción	Se evidencia en Actas de comité primario que se cumple con la actividad, en especial el Acta No. 3 de marzo 18 de 2021, donde hace referencia al Procedimiento de comunicaciones y su respectiva socialización interna, igualmente a través de comités de consejos de redacción se realiza campañas de comunicación interna como lo evidencian Actas de febrero 1 y marzo 19 de 2021.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se recomienda tener en cuenta para los comités primarios hacer referencia a la resolución 313 de 2020, puesto que la resolución 696 de 2017 fue derogada por la 313 de 2020.	C	
IC	DIC	-	7.5 5.2	LSC	Gestión Documental	85	La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad)	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Programa de gestión documental	El proceso de Gestión Documental a través del Programa de Gestión Documental (PGD) establece los procesos para la administración y conservación de la documentación que es generada por cada una de las áreas de la Unidad, en los que se aplica la responsabilidad y niveles de autoridad con la administración de la información.	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		C	
IC	DIC	-	7.4	LSC	Servicio al Ciudadano	86	Los canales de interacción funcionan para cliente interno y externo como el formulario electrónico el cual se encuentra en la página 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 anticorupcion@uaesp.gov.co el cual se encuentra en el pie de página del sitio web; el distrito también habilita la aplicación "BOGOTA TE ESCUCHA" en la cual también se puede denunciar. Estos canales de interacción tienen en común, que dentro de su contenido esta la posibilidad de realizar este tipo de denuncias de forma anónima.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.		Se evidenció que a través de Bogotá te escucha (sistema distrital para la gestión de peticiones de ciudadanos), la Unidad recepción peticiones anónimas y se puede consultar el estado de las mismas. El proceso de Atención al ciudadano hace seguimiento mensual nivel de oportunidad en las respuestas a las peticiones hechas a la Unidad y los informes son publicados en la página web 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	Conforme		C	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	MIPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
IC	DIC	-	7.4	LMV	Gestión de las comunicaciones	87	La entidad establece e implementa políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario, Concejo de redacción y en desarrollo la Actualización los procedimientos	Con base en la reunión con el proceso se manifestó que se encuentran en actualización de procedimientos que se encuentran en borrador para luego aprobación y socialización, sin embargo se está trabajando con los vigentes y se puede evidenciar en comités primarios que se desarrolla con los procedimientos actuales. También generó un instrumento para realizar evaluación de comunicaciones internas "Encuesta sobre Comunicaciones Internas" socializada en correo el 17 de junio de 2021. Actas de concejo de redacción del 9y 16 de abril. Se evidencia acta de 24 de mayo donde se habla de revisión de los documentos publicados en el sistema integrado de gestión 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	Conforme	Se recomienda tener en cuenta para los comités primarios hacer referencia a la resolución 313 de 2020, puesto que la resolución 696 de 2017 fue derogada por la 313 de 2020.	C
IC	DIC	DCI	7.4 8.2.1	LMV	Gestión de las comunicaciones	88	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).	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario, Concejo de redacción y en desarrollo la Actualización los procedimientos	Con base en la reunión con el proceso se manifestó que se encuentran en actualización de procedimientos que se encuentran en borrador para luego aprobación y socialización, sin embargo se está trabajando con los vigentes y se puede evidenciar en comités primarios que se desarrolla con los procedimientos actuales. También generó un instrumento para realizar evaluación de comunicaciones externas "Encuesta sobre Comunicaciones externa" socializada en correo los días 8 y 29 de julio de 2021. Actas de concejo de redacción del 9y 16 de abril. Se evidencia acta de 24 de mayo donde se habla de revisión de los documentos publicados en el sistema integrado de gestión 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	Conforme	Se recomienda tener en cuenta para los comités primarios hacer referencia a la resolución 313 de 2020, puesto que la resolución 696 de 2017 fue derogada por la 313 de 2020.	C
IC	DIC	-	7.4 8.2.1	LMV	Gestión de las comunicaciones	89	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.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Concejo de redacción	Se puede evidenciar que a través de las redes sociales de UAESP (Instagram, Facebook, Twitter, YouTube, radio, tv, prensa) se realiza comunicación efectiva, igualmente y tiene control de las mismas con base en una matriz de monitoreo de medio como instrumento de control y seguimiento.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se recomienda tener en cuenta para los comités primarios hacer referencia a la resolución 313 de 2020, puesto que la resolución 696 de 2017 fue derogada por la 313 de 2020.	C
IC	DIC	-	7.4 7.5	LSC	Servicio al Ciudadano	90	La entidad cuenta con procesos o procedimientos para el manejo de la información entrante (quién la recibe, quién la clasifica, quién la analiza), y a la respuesta requerida (quién la canaliza y la responde)	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Dentro de las evidencias allegadas se evidenció que para el manejo de la información de entrada y su trámite de respuesta entre grupos de interés y las líneas de defensa de la unidad, se establecieron procedimientos relacionados a la gestión de correspondencia de entrada y salida, Registro y clasificación de requerimientos por Orfeo y canal telefónico, atención a derechos de petición, los cuales son aplicados en el manejo de la información.	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		C	
IC	DIC	-	9.1 7.4	LMV	Gestión de las comunicaciones	91	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.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	Se pudo evidenciar el instrumento para control y su vez evaluación de comunicación a través de los instrumentos generados de evaluación como las encuestas que se realizaron a nivel de comunicación tanto interna como externa, aún no se conocen los resultados de la evaluación.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	Se recomienda tener en cuenta para los comités primarios hacer referencia a la resolución 313 de 2020, puesto que la resolución 696 de 2017 fue derogada por la 313 de 2020.	C

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	MIPG	X	NTCISO 9001	X				PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
IC	DDE	-	4.2	5.1.2	SPP	Direccionamiento estratégico	93	La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente	Caracterización de grupos de interés	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	PAAC - Mecanismos para la mejora de servicio al ciudadano - 2021 PAYS- Plan de adecuación y sostenibilidad Es de mencionar que si bien se realizan ejercicios de caracterización no se puede visualizar la identificación de necesidades	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Si bien se realizan ejercicios de caracterización no se puede visualizar la identificación de necesidades por ende se requiere hacer ajustes correspondientes para el diseño de acciones para su cumplimiento	C	
IC	DDE	-	4.2	5.1.2	LSC	Alumbrado Público	93	La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente	Se observa en el MTO en la dimensión Relacional la caracterización de los grupos de interés	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Dentro de las evidencias allegadas de observa la actualización de la matriz de grupos de valor, actualizada en el mes de diciembre del 2020, para aplicar en la presente vigencia, siguiendo los lineamientos de la OAP, sin embargo no se evidencia el análisis de y las acciones provenientes de la caracterización de los grupos de valor.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Analizar las fuentes y acciones provenientes de la caracterización de los grupos de valor.	C	
IC	DDE	-	4.2	5.1.2	LMV	Gestión Integral de Residuos	94	La entidad analiza periódicamente su caracterización de usuarios o grupos de valor, a fin de actualizarla cuando sea pertinente	La entidad en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) "toda entidad pública cumple con un propósito fundamental para el cual fue creada: satisfacer un derecho constitucional o resolver los problemas o necesidades de un grupo de ciudadanos, a los que se les denomina grupos de valor y se normaliza en la dimensión 2 del MIPG "Direccionamiento estratégico". https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/documentos/Caracterizacion_Grupos_de_Interes-UAESP.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Desde el proceso de SRBL, anualmente se analiza y se envía a publicar a lo establecido por Función pública, el formato para publicar los grupos de interés se hace una vez al año. Se evidencia un consolidado de encuestas del primer semestre muy general.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Se recomienda que sea analizado el informe de consolidación de encuestas y a sus se realicen las mejoras correspondientes con base en la percepción dada por los grupos de valor.	C	
IC	DDE	-	9.1.2	10.0	LSC	Servicio al Ciudadano	95	La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes	La entidad aplica una encuesta dirigida a los grupos de interés (usuarios) para medir la percepción y realizar las mejoras correspondientes http://www.uaesp.gov.co/content/datos-o-informacion-te-interesa-conocer-la-uaesp	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Dentro del portal web de la entidad, se evidencia la herramienta para control y su vez evaluación de la percepción de los servicios, sin embargo no se evidencian actividades de análisis de los resultados para la implementación de las mejoras	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Analizar los resultados de las encuestas aplicadas y presentar los informes a la administración para implementar las mejoras que se presenten.	C	
IC	DDE	-	9.1.2	10.0	LSC	Servicios Funerarios	96	La entidad analiza periódicamente los resultados frente a la evaluación de percepción por parte de los usuarios o grupos de valor para la incorporación de las mejoras correspondientes	La entidad aplica una encuesta dirigida a los grupos de interés (usuarios) para medir la percepción y realizar las mejoras correspondientes http://www.uaesp.gov.co/content/datos-o-informacion-te-interesa-conocer-la-uaesp	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Dentro del portal web de la entidad, se evidencia la herramienta para control y su vez evaluación de la percepción de los servicios, sin embargo no se evidencian actividades de análisis de los resultados para la implementación de las mejoras	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Analizar los resultados de las encuestas aplicadas y presentar los informes a la administración para implementar las mejoras que se presenten.	C	
IC	DDE	-	9.1.2	10.0	LMV	Gestión Integral de Residuos	97	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	Encuesta web de satisfacción y percepción de la prestación del servicio al ciudadano deservicio al ciudadano: http://www.uaesp.gov.co/content/encuesta-percepcion-ciudadana . La entidad dentro de MIPG cuenta con la encuesta en el proceso misional de GIRS Se cuenta con el formato GIR-FM-16 de encuesta de satisfacción zona de influencia al relleno sanitario doña Juana https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/gestionresiduos/editables/Encuesta%20de%20satisfaccion%20zona%20de%20influencia%20a%20Relleno%20santaris%20Dona%20Juana%20V3.docx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Desde el proceso de SRBL se evidencia un documento de consolidación de encuestas del primer semestre de 2021 sin embargo, se encuentra en proceso de evaluación. Según el área en comité de julio se informó que se habían realizado encuestas superando lo programado, no hay evidencia del acta de comité primario se encuentra en desarrollo.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Se recomienda que sea analizado el informe de consolidación de encuestas y a sus se realicen las mejoras correspondientes con base en la percepción dada por los grupos de valor.	C	
M	DCI	-	9.2	10.0	LMV	Evaluación y Mejora	98	El comité Institucional de Coordinación de Control Interno aprueba anualmente el Plan Anual de Auditoría presentado por parte del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces y hace el correspondiente seguimiento a su ejecución	Una vez verificado el proceso de Evaluación y Mejora en el marco de MIPG, se evidencia que en el procedimiento de Auditorías Internas hace referencia la elaboración del PAA(Plan Anual de Auditorías) y éste debe ser aprobado por el CICCI.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta 1 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 29/01/2021	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		C	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	MIPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
M	DCI	-	9.3 10.0	LMV	Evaluación y Mejora	La Alta Dirección periódicamente evalúa los resultados de las evaluaciones (continuas e independientes) para concluir acerca de la efectividad del Sistema de Control Interno	Resolución No. 313 de 2020, https://www.uaesp.gov.co/upload/resoluciones/2020/4274_Resolucion_No.313_2020.pdf , Este año la Alta dirección los avaló en el Cici, en Acta No.1 Enero 29/21	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta 1 del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno del 29/01/2021	En este punto en lo referente a que la Alta Dirección periódicamente evalúa los resultados de las evaluaciones (continuas e independientes) para concluir acerca de la efectividad del Sistema de Control Interno se observa en Comité de CICO del 29 de enero de 2021, se presentan las evaluaciones de gestión de los procesos de la entidad. Mediante la evaluación de auditorías.	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		C
M	DCI	-	9.2 6.1	LMV	Evaluación y Mejora	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	Mediante el ejercicio de priorización y conocimiento del universo de auditoría y a través de la política de gestión de riesgos que tiene la UAESP, se realiza seguimientos de las acciones para evitar que los mismos no se materialicen. https://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes/pol%C3%ADtica-administraci%C3%B3n-del-riesgo-2021 . También se realiza seguimientos a través del mapa de riesgos tanto de corrupción como de gestión, documentado en el formato FM-12, mapa de riesgos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario OCI - 2021	Para el proceso de Evaluación y Mejora se realizan se realizan evaluaciones independientes y periódicas con la evaluación a la gestión institucional donde con base en el análisis de riesgos se evalúan el diseño y operación de los controles a los procesos y se informan observaciones alargar para evitar que los riesgos se materialicen (riesgos de corrupción y riesgos de gestión), donde se presentan informes individuales a cada proceso, y uno general a la alta dirección. Por otra parte están los informes radicados en Orfeo con los siguientes números: Se realizaron los informes de auditoría donde se contemple la evaluación realizada a los riesgos de corrupción y de gestión. (Radicados UAESP No. 20211100026863, 20211100026993, 20211100026323, 20211100026473, 20211100026543, 20211100026813, 20211100027003, 20211100026403, 20211100026613. También se evidencia en el Comité Gestión y Desempeño, Acta No.3 del 4 de febrero de 2021 hace referencia al informe 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		C
M	DCI	-	9.1 4.4	SPP	Direccionamiento estratégico	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	Manual Sistema Integrado de Gestión nueva versión Política de Administración de Riesgo Resolución UAESP 313 de 2020	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Actualmente está en proceso de actualización el Manual del Sistema Integrado de Gestión por lo tanto para la operatividad de este control , está pendiente que el mismo se oficialice con cambios como: actualización de definición de líneas de defensa según Manual Operativo versión 4; temas, responsables y periodicidad de acuerdo a líneas de defensa. Solamente la Oficina Asesora de Planeación ha implementado procedimientos de monitoreo y socialización a la Alta Dirección en temas de su competencia. De tal forma que cuente y socialice información clave para la toma de decisiones.	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	Teniendo en cuenta que actualmente se está realizando actualización del Manual de Sistema Integrado de Gestión, es importante incluir procedimientos de monitoreo continuo acorde con lo solicitado en este ID	C	
M	DCI	-	9.1 10.0	LMV	Evaluación y Mejora	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	Luego de verificar el Proceso de Evaluación y Mejora este cuenta con el procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12 dentro de MIPG, donde se tiene contemplado las auditorías tanto internas como externas de entes de control. ejemplo: para la UAESP está la Contraloría de Bogotá y la Contraloría General de la República, la Veeduría y este año la auditoría ISO 90001:2015	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité de Gestión y Desempeño	Al verificar en el proceso Evaluación y Mejora lo referente a 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. Se observa en acta de Comité de Gestión y desempeño de enero, febrero de 2021 sobre la auditoría ISO que se realizó en Abril de 2021. Igualmente se evidencia un acta del 9 de Abril en el comité de gestión y desempeño se hace evaluación de medición y seguimiento de evaluaciones de entes externos. De otra parte la OCI ha realizado diferentes reuniones donde se realiza seguimiento a las No conformidades de Auditoría externa como el caso del informe de Código de Auditoría No. 187PAD2021.	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		C
M	DCI	-	9.1 10.0	LMV	Evaluación y Mejora	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	Luego de verificar el Proceso de Evaluación y Mejora este cuenta con el procedimiento PC-04 Auditorías Internas V12 dentro de MIPG donde se puede observar que en las actividades No. 11 Comunicar informe de evaluación independiente, con el formato ECM-FM-06 Informe de Auditoría Interna . No. 12 Definir acciones correctivas, preventivas y/o de mejora de acuerdo a los resultados con los formatos (ECM-FM-04 Plan Mejoramiento Institucional, 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.	Informes de resultados de Auditorías ExGD	Para el proceso de Evaluación y Mejora lo referente, en cuanto a lo que se hace referencia 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; Con base en las evaluaciones independientes se evidencia el seguimiento a las acciones de los planes de mejoramiento de la Contraloría de Bogotá y la Contraloría General de la republica, Plan de mejoramiento Veeduría Distrital , Plan de mejoramiento Interno los cuales son informados mediante informes de evaluación institucional . (Radicados UAESP No. 20211100026863, 20211100026993, 20211100026323, 20211100026473, 20211100026543, 20211100026813, 20211100027003, 20211100026403, 20211100026613. Donde los procesos realizan las autoevaluaciones y presentación de evidencias con el fin de lograr cumplir los objetivos institucionales.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme		C

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	MIPG	X	NTCISO 9001	X			ID	PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)				
M	DCI	-	9.1	10.0	LMV	Evaluación y Mejora	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	En el portal institucional se evidencian publicados los diferentes informes de entes externos, http://www.uaesp.gov.co/transparencia/control/informes-gestion-evaluacion-auditaria	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité de Gestión y Desempeño	En el proceso Evaluación y Mejora lo referente a 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. Se evidencia acta 9 de Abril de 2021 del Comité de Gestión y Desempeño que se evalúa resultados de seguimiento y medición así mismo de No Conformidades y Acciones Correctivas y resultados de Auditoría, y oportunidades de mejora de la auditoría ISO.	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		C
M	DCI	-	9.1	8.7	SPP	Direccionamiento estratégico	La entidad cuenta con políticas donde se establezca a quién reportar las deficiencias de control interno como resultado del monitoreo continuo	PC-03 PM Acorreativas preventivas y de mejora V9 PC-04 Auditorías Internas V12 Revisión por la Dirección	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta 1- Comité Coordinación control Interno - 29/01/2021. Acta 5 revisión por la Dirección - 9 /04/2021- Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Comité Control Interno Comité de desempeño Informe revisión por la Dirección Informe seguimiento 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	Conforme		C
M	DCI	-	9.3	10.0	SPP	Direccionamiento estratégico	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	PC-03 PM Acorreativas preventivas y de mejora V9 PC-04 Auditorías Internas V12 Revisión por la Dirección	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta de Comité Institucional de Gestión y Desempeño Acta 1- Comité Coordinación control Interno - 29/01/2021. Acta 5 revisión por la Dirección - 9 /04/2021- Comité Institucional de Gestión y Desempeño	Comité Control Interno Comité de desempeño Informe revisión por la Dirección Informe seguimiento 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	Conforme		C
M	DCI	-	6.1	8.4	SPP	Direccionamiento estratégico	Los procesos y/o servicios tercerizados, son evaluados acorde con su nivel de riesgos	Revisión por la Dirección Matriz mapa de riesgos Manual de Contratación GAL-MN-001	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta de Comité 29 de enero de 2021	Comité Institucional de Control Interno Se efectua evaluación de riesgos mediante los siguientes formatos: FM-22 Estudios previos procesos mínima cuantía V2 FM-23 Estudios previos para licitación pública, selección abreviada de menor cuantía, subasta inversa o concurso de méritos V2 FM-24 Estudios previos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión V5	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		C
M	DIC	-	8.2.1	10.0	LSC	Servicio al Ciudadano	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	Se tienen los siguientes procedimientos donde se indica lo relacionado con el manejo de toda la información. Procedimiento servicio al ciudadano PC 01 v7 Medición de la satisfacción de los servicios PC 02 v3 Atención a derechos de petición V6 Instructivo de protocolo de servicio al ciudadano IN 01 v1 Registro y clasificación de requerimientos Orfeo IN 03 v1 Registro requerimientos canal telefónico IN 02 v1	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Informes servicio al ciudadano	Se evidencian publicados en la página web de la unidad los informes mensuales de nivel de oportunidad de respuesta para los meses de enero a mayo de 2021. Dichos informes consolidados en el año son un insumo para las evaluaciones a la gestión que anualmente realiza la tercera línea de defensa. Adicionalmente la tercera línea de defensa realiza un seguimiento a las PQRS con periodicidad semestral, el cual fue presentado por la uci en el mes de abril del 2021.	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		C
M	DCI	-	9.1	10.0	LMV	Gestión Integral de Residuos	Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).	"La Entidad en el MIPG proceso de Evaluación y Mejora cuenta con el procedimiento PC-03 Acorreativas preventivas y de mejora vigente que hace referencia hace seguimiento a los planes de mejoramiento y en la actividad 4. Elaborar o Actualizar el Plan de Mejoramiento. https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC-03%20PM%20Acorreativas%20preventivas%20y%20de%20mejora%20V9.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Desde el proceso SRBL se realiza seguimiento y autoevaluación al plan de mejoramiento trimestralmente, según se evidencia con las fechas de seguimiento en los planes de mejoramiento revisados en la Evaluación de Gestión Institucional.	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		C	
M	DCI	-	9.1	10.0	LSC	Gestión Financiera	Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea).	La Unidad a través del proceso de Evaluación y Mejora cuenta con el procedimiento PC-03 PM Acorreativas 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/modelo-transformacion-	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Contable	Dentro de las evidencias allegadas para el primer semestre del 2021, se observa que el proceso de Gestión Financiera determinó las acciones para la implementación de mejoras en el proceso de manejo de bienes inmuebles, así mismo las acciones del plan de sostenibilidad contable fueron evaluadas en el comité contable realizado el 26 de marzo del 2021.	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		C

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	MIPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
M	DCI	-	9.1 10.0	LVM	Gestión Tecnológica y de la Información	111	Verificación del avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones. (2ª Línea). El proceso de Gestión Tecnológica hace seguimiento a los planes de mejoramiento lo cual se evidencia en las actas realizadas de comité primario. También lo realiza con base en el procedimiento PC-03 Acorreativas preventivas y de mejora vigente en MIPG y en la actividad 4. Elaborar o Actualizar el Plan de Mejoramiento. https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/evaluacion_control_mejora/editables/PC03%20PM%20Acorreativas%20preventivas%20y%20de%20mejora%20V9.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario Se puede evidenciar en actas de comité primario de Enero 25, Marzo 26, Abril 28, Mayo 25, Junio 22 de 2021. que se realiza seguimiento a los planes de mejoramiento de OTIC.	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		C	
M	DCI	-	9.2 10.0	LSC	Evaluación y Mejora	112	Evaluación de la efectividad de las acciones incluidas en los Planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y de entes externos. (3ª Línea) Procedimiento de PC-03 PM Acorreativas preventivas y de mejora V9	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Durante el ejercicio de Auditoría Evaluación de Dependencias se realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento de la entidad. Informe de Seguimiento a los Planes de Mejoramiento mayo de 2021	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	Es importante evaluar y documentar las decisiones tomadas frente al tratamiento o no de las observaciones establecidas por la Oficina de Control Interno, de tal forma que se logre identificar el tratamiento o la posición de los procesos frente a las posibles observaciones o hallazgos emitidos.	C	
M	DCI	-	9.1 5.3	LSC	Gestión Financiera	113	Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes La Unidad a través de la Resolución interna 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	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se evidenció que a través de las reuniones del comité contables, se reportaron a la alta dirección y líderes de procesos, las deficiencias encontradas en el SCIC, teniendo en cuenta las actividades de evaluación y seguimiento de la tercera línea y entes de control, recogidos en el plan de sostenibilidad contables. con la finalidad de tomar acciones correctivas tendientes a subsanar las deficiencias encontradas.	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		C	
M	DCI	-	9.1 5.3	LSC	Gestión Documental	114	Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes La Unidad a través de la Resolución interna 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	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se evidenció que a través de las reuniones del CICC, se reportaron a la alta dirección y líderes de procesos de la unidad las deficiencias encontradas en el SCI de todos los procesos, teniendo en cuenta las actividades de evaluación y seguimiento de la tercera línea, recogidos en el plan anual de auditoría y se impartieron directrices por parte de la alta dirección para fortalecer y tomar acciones correctivas tendientes a subsanar las deficiencias encontradas.	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		C	
M	DCI	-	9.1 5.3	LSC	Gestión de Apoyo Logístico	115	Las deficiencias de control interno son reportadas a los responsables de nivel jerárquico superior, para tomar las acciones correspondientes La Unidad a través de la Resolución interna 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	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se evidenció que a través de las reuniones del comité contables, se reportaron a la alta dirección y líderes de procesos, las deficiencias encontradas en el SCIC, teniendo en cuenta las actividades de evaluación y seguimiento de la tercera línea y entes de control, recogidos en el plan de sostenibilidad contables. con la finalidad de tomar acciones correctivas tendientes a subsanar las deficiencias encontradas.	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		C	
IC	DCI	4.1		HMP	Servicios Funerarios	116	Cuando fue la última actualización de las cuestiones internas y externas que desarrolló el proceso En la vigencia 2021 se realizó la actualización del Plan de supervisión y control del servicio funerario SFU-FM-03-V5 link: https://uaespc-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/deicy_beltran_uaesp_gov_co/Eqf5dji_kUBng_1x9CmM4BafMzdsyze2eRLTH8zT1Q7e=k3jwLW	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	El proceso de Servicios Funerarios para la vigencia 2021 realizó la actualización del Plan de Supervisión y Control SFU-FM-03-V5. De igual manera en mayo se realizó encuesta de la medición de satisfacción de los servicios.	2- El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Diseñar estrategias que permita mejorar y llevar un mejor control		

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	MIPIG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
AC	DDE	DGIR	4.2	OIJH	Direccionamiento estratégico	117	Se han actualizado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas	La entidad a través del proceso de Direccionamiento Estratégico tiene registrada la caracterización de usuarios 2021, la cual fue construida por cada uno de los procesos del modelo de operación. http://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/Caracterizacion_Usuarios_grupos_inte_res_UAESP_2021.xlsx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	La entidad a través del proceso de Direccionamiento Estratégico tiene registrada la caracterización de usuarios 2021, la cual fue construida por cada uno de los procesos del modelo de operación vigente. Sin embargo, el documento carece de la identificación de necesidades, así como el seguimiento a las mismas. Al verificar el documento de caracterización de usuarios no es posible identificar el conjunto de necesidades y requisitos que se han establecido. Adicionalmente, no es posible identificar el criterio utilizado para determinar si se han cumplido estos. Es de precisar que, en el Plan de Adecuación y Sostenibilidad se tiene contemplado la identificación de estas necesidades para el proceso de Gestión del Conocimiento, lo cual debe ser permeado a todos los procesos que conforman el SIG de la Entidad.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	La entidad debe establecer los medios necesarios para identificar y documentar los grupos de interés y las necesidades de estos. En tal sentido, es importante que en la caracterización de los mismos, se identifiquen las necesidades y expectativas. Adicionalmente, desarrollar el seguimiento al cumplimiento de esas necesidades determinando el grado de cumplimiento.	
AC	DDE	-	4.3	OIJH	Direccionamiento estratégico	118	El alcance del SG ha sido revisado y/o actualizado, se han determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica.	Manual DES-MN-01 V1 Manual del SIG - V1, http://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/DES-MN-01%20V1%20Manual%20del%20SIG.docx . Según Certificado vigente de la firma SGS - Colombia: GESTIONAR LA PLANEACIÓN, COORDINACIÓN, SUPERVISIÓN Y CONTROL DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE RECOLECCIÓN, TRANSPORTE, DISPOSICIÓN FINAL, RECICLAJE Y APROVECHAMIENTO DE RESIDUOS SÓLIDOS, LA LIMPIEZA DE LAS ÁREAS PÚBLICAS, EL CORTE DE CÉSPED, PODA DE ÁRBOLES, LOS SERVICIOS FUNERARIOS Y EL ALUMBRADO PÚBLICO DEL DISTRITO CAPITAL.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Durante el desarrollo del proceso de seguimiento que adelantó la firma certificadora SGS Colombia, se dio conformidad a la definición del alcance del sistema de Gestión. Lo anterior, por cuanto no se evidencian incumplimientos al respecto. La entidad realizó la publicación del Manual DES-MN-01 V1 Manual del SIG - V1, http://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/DES-MN-01%20V1%20Manual%20del%20SIG.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	Conforme	Es importante poder precisar las consideraciones que en materia de instalaciones físicas y ubicación geográfica, se puedan establecer en los alcances definidos para cada subsistema (SG-SST- MSP) entre otros. Lo anterior con el fin de cumplir las especificaciones de apropiación e infraestructura que debe cubrir cada subsistema.	
IC	DIC	-	4.4	Asuntos Legales	Gestión de Asuntos Legales	119	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	cambio normativo, la Subdirección de Asuntos Legales permanentemente revisa los documentos controlados asociados a su proceso. Es así con la SAL ha actualizado los procedimientos: Atención de Tutelas link: https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/legales/editables/GAL-PC-02-V9%20ATENCIÓN%20DE%20TUTELAS.pdf . Liquidación de contratos:	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se observa en los comités primarios de los meses de enero a mayo de 2021 seguimiento y control a la información documentada para el proceso así como la gestión contractual, la representación judicial y extrajudicial, el ejercicio en primera instancia de la función disciplinaria, el normograma etc.	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		
IC	DIC	-	4.4	ID5	Gestión del Conocimiento	120	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	El Proceso de Gestión del conocimiento cuenta con la documentación en el SIG la cual se puede verificar en el siguiente enlace https://www.uaesp.gov.co/mipg/sig.php . Se observan procedimientos, formatos, documentos aprobados, cadena de valor, mapa relacional, objetivo del proceso y responsable del proceso.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se observa en los comités primarios de los meses de enero a junio de 2021 seguimiento y control a la información documentada para el proceso. Esta en proceso de revisión y ajuste para fusionar el proceso de gestión del conocimiento y gestión de la innovación.	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		
IC	DIC	-	4.4	HMP	Gestión Tecnológica y de la Información	121	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	El proceso Gestión Tecnológica y de la información cuenta con el manual de políticas de seguridad de la información el cual se encuentra en el SIG en el link https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/gestioni/editables/GTI-MN-01-V2%20Manual%20políticas%20de%20seguridad%20de%20la%20información.pdf , están en proceso de actualización. También se actualizó recientemente el manual de clasificación de activos de la información: https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/gestioni/editables/GTI-MN-02-V1%20Clasificación%20de%20Activos%20de%20información.pdf	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se observa acta No. 6 del comité primario de junio de 2021 seguimiento y control a la información documentada para el proceso. Esta en proceso de revisión y actualización el manual de políticas de seguridad de la información.	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		
IC	DIC	-	5.1	OIJH	Direccionamiento estratégico	122	Se realizan procesos de rendición de cuentas conforme a los requisitos de ley frente al tema.	La entidad adoptó la Metodología de rendición de cuentas 2021 del DAFP - Manual Único Rendición de Cuentas V2. De igual forma diseño el documento https://www.uaesp.gov.co/transparencia/planeacion/planes/metodologia-rendicion-cuentas-2021 Informe de Revisión por la Dirección de abril de 2021	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Se desarrollan los Informes de Gestión, con el propósito de realizar la rendición de cuentas de la entidad. La UAESP llevo a cabo la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas el pasado 25 de marzo de 2021. La entidad cuenta con la formulación de actividades y estrategias establecidas en el Componente 3 del PAAC vigencia 2021, el cual cuenta con los ejercicios de seguimiento y autocontrol por 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	Teniendo en cuenta la realización de la Audiencia de Rendición de cuentas, es importante que se publique en la página web de la entidad el informe de las conclusiones de la Audiencia Pública.	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMPG	X	INT ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
AC	DDE	-	5.2	OIH	Direccionamiento estratégico	123	La política del SG con la que cuenta actualmente la UAESP ha sido evaluada con el fin de garantizar que es adecuada para la UAESP? El manual del SIG contempla en su interior la inclusión de la política, del SG el cual fue actualizado durante la vigencia 2021. Este documento se encuentra disponible en el micrositio y en los ejercicios de inducción y reintroducción se realiza su comunicación y socialización. http://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/direccionamiento_estrategico/editables/DES-MN-01%20V1%20Manual%20de%20SIG.docx	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité de Gestión y Desempeño - Acta 1 del 28 de enero de 2021 Durante el Comité de Gestión y Desempeño se desarrolló la aprobación del Manual del Sistema de Gestión el cual fue dispuesto en el micrositio de la entidad para conocimiento de todas las partes interesadas, incluyendo un proceso de revisión, y visualización de la política del SG. De otra parte, la entidad garantiza su conocimiento y publicación en la página web de la entidad, en el micrositio del sistema de gestión y en los procesos de inducción y reintroducción.	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		C	
AC	DDE	-	5.3	OIH	Direccionamiento estratégico	124	Los Roles, responsabilidades y autoridades se encuentran documentadas y se han revisado y/o actualizado La Resolución UAESP 313 de 2020, estableció 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. Procedimientos del Sistema de Gestión.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Conforme las especificaciones de la Resolución 313 de 2020, se evidencia la creación, puesta en marcha y continuidad de las instancias con las cuales opera el SG y el SCI en la entidad. En tal sentido, se puede evidenciar los Comités Primarios, El Comité de Gestión Desempeño, el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. El artículo 26 de la Resolución 313 de 2020 adopta con el conjunto de responsabilidades por cada instancia del SIG 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	Conforme	Se recomienda establecer ejercicios periódicos de revisión de los roles y responsabilidades dispuestas en la Resolución 313 de 2020, con el fin de garantizar su actualización y adecuación al Sistema de Gestión		
AR	DDE	-	6.1	IDS	Gestión del Conocimiento	125	Se han realizado ejercicios de actualización y revisión de los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SG logre los resultados esperados. Se observa riesgos de gestión para el proceso gestión del conocimiento, los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace: https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/riesgos/mapas_2021/6_ESTION%20DEL%20CONOCIMIENTO%202020%20y%202021.xlsm?26 . Así mismo se observa la Política Administración del Riesgo en el siguiente enlace: https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/planeacion/Pol%CC%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.	Comité Institucional de Gestión y Desempeño Se observa en el comité de CIGD de junio de 2021 seguimiento a los riesgos del proceso, por parte de la segunda línea de defensa el reporte es trimestral a la OAP. Esta en proceso de revisión y ajuste para fusionar el proceso de gestión del conocimiento y gestión de la innovación. La OAP informa que se está realizando una actualización a la Política de Gestión del Riesgo la cual será sometida al CIGD para su aprobación. No obstante, no se evidencia una identificación de oportunidades para el proceso.	2- El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se observa la identificación de oportunidades por el proceso, Incumpliendo con 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. 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 para el proceso.	C	
AR	DDE	-	6.1	OIH	Direccionamiento estratégico	126	Se han realizado ejercicios de actualización y revisión de los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SG logre los resultados esperados. La entidad cuenta con el mapa de riesgos de gestión y corrupción debidamente constituidos y publicados en el micrositio del SIG y página web. Mapa de Riesgos de los procesos vigencia 2021	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 28 de enero de 2021 La entidad a través del Componente 1 - Rendición de Cuentas del PAAC contempla el análisis y la actualización de los mapas de riesgos de la entidad. En el Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 28 de enero de 2021, se realizó la socialización y aprobación del mapa de riesgos para la vigencia 2021. Durante la vigencia 2021 se ha adelantado el proceso de actualización de la Política de Administración de Riesgos conforme la guía emitida por el DAFP en 2020. Documento que será revisado por el CICC para su implementación.	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		C	
M	DDE	-	6.2	OIH	Direccionamiento estratégico	127	Conforme la última revisión por la Dirección se desarrollo seguimiento a los objetivos del Sistema de Gestión?. Se cumplieron todos los objetivos del sistema? Informe de Revisión por la Dirección de abril de 2021.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 9 de abril de 2021 El informe de revisión por la Dirección fue presentado en el marco del Comité de Gestión y Desempeño. Sin embargo, no fue necesario identificar acciones de mejora frente al cumplimiento de los objetivos.	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			
Act.C	DGC	-	6.3	OIH	Direccionamiento estratégico	128	Existe un lineamiento definido para determinar la necesidad de cambios en el SG y la gestión de su implementación? Procedimiento de Gestión del cambio DES-PC 12 Gestión del cambio V1.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	La entidad viene actualizando el modelo de operación en cuanto a los procesos de gestión del conocimiento y la innovación para su unificación. Se cuenta con la actualización de la cadena valor, los procedimientos del nuevo proceso, los formatos y riesgos asociados, los cuales se encuentran en proceso de revisión y 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	Conforme	Es importante realizar ejercicios de socialización del procedimiento DES-PC 12 Gestión del cambio V1., con el fin de que las partes identifiquen su utilidad, disponibilidad y apropiación del mismo.	C	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	MIPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
AC	DDE		7.1.1	OIH	Direccionamiento estratégico	129	Como se ha considerado por el Direccionamiento estratégico las capacidades y limitaciones de recursos internos existentes	Plan anual de adquisiciones, Plan de Vacantes 2021 Planta de personal actualizada	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité de Gestión Institución acta 5 del 9 de abril. Comité de Contratación Comité de Talento Humano	Revisión por la Dirección, literal d. Ejecución del presupuesto UAESP - Comité de 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	
Act. C	DGVR		7.1.5	IDS	Gestión Integral de Residuos	130	SAPROV- Cómo se garantiza la trazabilidad y confiabilidad de los resultados de recolección de residuos en las bodegas o ECAS	Manual Técnico Operativo de Bodegas el cual se encuentra en desarrollo y actualización, en el cual se va a incluir el procedimiento de calibración de básculas y la responsabilidad de realizar esta actividad.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Actas Mensuales Reunión de Bodegas	La SAPROV informa que se realizan los seguimientos en las mesas de trabajo mensuales que se realizan con las bodegas. No obstante, no es claro que se trate el control en uno de los comités establecidos por la UAESP. No se evidencia que se controle la actividad en alguna de las instancias de la Unidad, ya que no fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logra verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.
Act. C	DGVR		7.1.5	IDS	Gestión Integral de Residuos	131	DF- Cómo se garantiza la trazabilidad y confiabilidad de los resultados del pesaje de residuos que se disponen o ingresan al RSDJ	Resolución 724 del 2010; Temas operativos que se manejan en el RSDJ, artículo 49, se debe presentar un informe mensual del estado de las básculas y actividades que se realizan en temas de mantenimiento. Este informe se presenta mensualmente. En el mes de mayo de 2021 se realizó la calibración a la báscula de salida y de emergencia.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité de Automatización	Se observa en el acta de fecha 25 de junio de 2021, las actividades relacionadas con la calibración y tiempos de las básculas de RSDJ. Esta acta corresponde al comité de emergencia expedidos por la compañía Nacional de Metrología en el mes mayo de 2021, para la báscula de entrada se observa la última calibración en noviembre 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	
Act. C	DGC		7.1.6	OIH	Gestión del Talento humano	132	Ha determinado los conocimientos necesarios para el funcionamiento y actualización de los procesos de Talento Humano y cómo transmiten los procesos de experiencias adquiridas.	1. Manual de Funciones vigente - Resolución UAESP 158 de 2018. 2. PIC - Plan Institucional de Capacitación 2021-2024- Adoptado bajo Resolución UAESP 0049 de 2021. 3. Procedimiento 05 : Formulación, ejecución y evaluación del PIC.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Acta 2 - Comité de Gestión y Desempeño. Acta 1 de la Comisión de Personal del 25 de enero de 2021.	1. Diagnóstico de necesidades. 2. Seguimiento al cronograma de capacitaciones y se realizan seguimientos a través de Informes trimestrales. 3. Ejecución Resoluciones 766 de 2020 y la 124 de 2021. - Diplomado Sistemas de Gestión Antisoborno ISO 37001 y de la seguridad de la información ISO 27001, con base en las directrices de ISO 19011 y en un marco de la Gestión de riesgos ISO 31000 y la Guía de Responsabilidad social ISO 26000. 4. Procesos de Inducción y reintroducción 2021.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	
M	DER DCI		7.2	OIH	Gestión del Talento humano	133	Se han determinado acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia las acciones tomadas	1. Manual de Funciones vigente - Resolución UAESP 158 de 2018. 2. PIC - Plan Institucional de Capacitación 2021-2024- Adoptado bajo Resolución UAESP 0049 de 2021. 3. Procedimiento 05 : Formulación, ejecución y evaluación del PIC. 4. Circular 016 de 2021 - DASC.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Prueba piloto con DASC.	Proceso piloto de la implementación de la metodología de impacto para los procesos de bienestar, capacitación y SG*-SST. emitida por el DASC. Informe de la Encuesta de Calidad de vida vigencia 2020 - En su interior se emite una evaluación de la percepción del impacto y satisfacción 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	Conforme	
Act. C	DTH DGVR		7.3	HMP	Gestión de Asuntos Legales	134	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.	la Subdirección de Asuntos Legales, genera lineamientos que garantizan la oportuna operación de sus funciones, así como la toma de conciencia de los integrantes de los diferentes equipos de trabajo que tienen bajo su responsabilidad el desarrollo de las funciones inherentes a la SAL. Se aborda la operación de los asuntos asignados por el Acuerdo 001 de 2012 a la Subdirección de Asuntos Legales, tales como la dirección de la gestión contractual, la representación judicial y extrajudicial, el ejercicio en primera instancia de la función disciplinaria, el normograma, los compromisos registrados en las diferentes herramientas de control tales como el plan de acción, los planes de mejoramiento, las matrices de riesgos (incluye anticorrupción), el PAAC, los indicadores de gestión y teniendo en cuenta recomendaciones de la Oficina de Control Interno, se tratan temas como los valores institucionales y el PIGA.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	Se observa en los comités primarios de los meses de enero a mayo de 2021 seguimiento y control a la información documentada para el proceso así como la gestión contractual, la representación judicial y extrajudicial, el ejercicio en primera instancia de la función disciplinaria, el normograma entre otros.	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	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION	
MECI	MIPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?					
Act.C	DTH	DGVR	7.3	IDS	Evaluación y Mejora	135	Existe lineamiento o mecanismos que faciliten validar la toma de conciencia referente a los aspectos del SG respecto de las personas que realizan el trabajo.	Se referencia la Resolución 313 de 2020, donde se establecen los comités técnicos de la UAESP, la cual se puede consultar en el siguiente enlace: https://www.uaesp.gov.co/consultas/resoluciones.php .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comités primarios	La Oficina de Control interno - OC, mediante los comités primarios de enero a junio de 2021, trata temas del MTO para lo cual realizan toma de conciencia en cuanto a los objetivos del proceso del SIG.	3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C	
Act.C	DTH	DGVR	7.3	OIH	Gestión del Talento humano	136	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.	Resolución 313 de 2020 - Mesa Técnica de la Dimensión de Talento Humano. Plan Estratégico de Talento Humano Estrategias de Inducción y Reinducción	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Reuniones propias del proceso de Gestión de Talento Humano - GTH.	1. Actualización política Conflicto de Interés y política, antisoborno, antifraude y antipiratería con el auspicio de OAP y la mesa de Transparencia de la UAESP. 2. Creación Botón de denuncias- 3. En proceso de construcción procedimiento para el manejo de actos o situaciones de corrupción e infracción ante el Código de Integridad.	3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C	
IC	DIC		7.4	HMP	Gestión de las comunicaciones	137	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)	El proceso de Gestión de las comunicaciones manifiesta que manejan las solicitudes internas y externas además cuenta con ciertos documentos base en el SIG en el que se establecen lineamientos y estrategias para la emisión de las informaciones requeridas. Entre los cuales son: El Plan Estratégico de Comunicación, https://www.uaesp.gov.co/mipg/sig.php , manual de comunicaciones internas y externa, https://www.uaesp.gov.co/mipg/sig.php , protocolo de gestión de las comunicaciones, https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/comunicaciones/editables/PT-	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario	Se realizó verificación de los documentos mencionados por el Proceso Gestión de Comunicaciones: Plan estratégico de comunicaciones GCO-PL-01-V5, protocolo de gestión de las comunicaciones GCO-PT-01. Se observa en los comités primarios de los meses de abril a junio de 2021 seguimiento y control a la información documentada para el proceso. Actualmente se encuentran en proceso de actualización y ajuste.	3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme			
IC	DIC		7.5	HMP	Gestión Documental	138	Se encuentran actualizadas las tablas de Retención Documental y se hacen las transferencias primarias con base en estas?	El proceso de Gestión Documental posee las tablas de retención documental: https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/gestion_documental/editables/PC-06_Tablas_Retencion_Documental%20V4.doc , las cuales se encuentran actualizadas al interior de la Unidad, pero no se encuentran convalidadas por el Concejo Distrital de Archivo. No obstante, el Consejo Distrital de Archivo emitió concepto técnico de revisión y actualización de las TRD de fecha 23-03-2021. El proceso de Gestión Documental se encuentra en planeación de actualización y ajustes de la TRD.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas		Las Tablas de Retención Documental cuentan con formatos y procedimientos. Estas TRD se encuentran en proceso de actualización según concepto emitido por el consejo distrital de archivo. Adicionalmente están no se encuentran convalidadas por lo tanto no se han hecho transferencias primarias.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Se recomienda adelantar las acciones pertinentes con el fin de avanzar eficazmente en esta actualización.	
Act.C	DDE	DGVR	8.1	HMP	Servicios Funerarios	139	Cómo se ha desarrollado la planificación, implementación y control de productos y servicios en el proceso de Servicios Funerarios	La planeación se realiza a través de la SSFAP mediante el apoyo y supervisión a los componentes de servicio funerarios Social Mercadeo, Vigilancia y seguridad a la infraestructura, legal, administrativa, Ambiental Documental y de mantenimiento El control se ejerce con los informes de gestión, de interventoría y la generación de los indicadores.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario	Existe la planeación para la implementación y control de productos mediante los informes de gestión, de interventoría que allegan a la SSFAP así como el análisis que se realiza mediante indicadores.	3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C	
Act.C	DER	DGVR	8.2.1	IDS	Servicio al Ciudadano	140	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.	Se aplican tres encuestas: Encuesta de Satisfacción y Percepción las cuales se aplican mediante los formatos FM-03 Encuesta telefónica de satisfacción y percepción de la prestación del servicio al ciudadano V1, FM-04 Encuesta web de satisfacción V1 y FM-05 Encuesta medición de la satisfacción de los servicios, las cuales se pueden consultar en los siguientes enlaces: 1. http://www.uaesp.gov.co/content/encuesta-percepcion-ciudadana , aplicada por el proceso Servicio al Ciudadano. 2. http://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/instrumentos_gestion_informacion/ENCUESTA_WEB_JUNIO_2021.xls aplicada por servicio al ciudadano. 3. https://www.uaesp.gov.co/sites/default/files/instrumentos_gestion_informacion/Encuesta_telefonica_2020.xlsx 4. La encuesta de medición de la satisfacción de los servicios, cuenta con tres etapas, 1. Tabulación por TIC, 2. Aplicación de la Encuesta por las áreas misionales y 3. Generación de informe por servicio al Ciudadano, esta encuesta se realiza anualmente. Así mismo se observa el Decreto 197 de 2014 por el cual se adopta la Política Distrital de Servicio al Ciudadano la cual se puede consultar en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/transparencia/informacion-interes/publicacion/otras-publicaciones/politica-publica-distrital# .	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Informes de Gestión a PQRS Rendición de Cuentas Así Vamos UAesp.	Se observa los informes de gestión a PQRS de enero a mayo de 2021 publicados en la página web de la unidad en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/transparencia/instrumentos-gestion-informacion-publica/informe-pqr-denuncias-solicitudest . Así mismo se expuso en la rendición de cuentas de la Unidad realizada en el mes de julio de 2021 los resultados de las encuestas la cual se puede consultar en el siguiente enlace https://web.microsoftstream.com/video/7c9a97bb-8d48-44b2-827f-a2712ef7e5ad .	3 - El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMIPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
Act.C	DER	DGVR	8.2.1	HMP	Servicios Funerarios	141	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. En el SIG existen procedimientos para los clientes presentes sus inquietudes, quejas y demás los cuales son: procedimiento servicio al ciudadano V7: LINK: https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/servicio_ciudadano/editables/PC-01%20PROCEDIMIENTO%20SERVICIO%20AL%20CIUDADANO%20V7.doc , medición de la satisfacción de los servicios V3 LINK: https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/servicio_ciudadano/editables/PC-02%20Medicion%20de%20la%20satisfaccion%20de%20los%20servicios%20V3.doc , atención a derechos de petición V6 LINK: https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/servicio_ciudadano/editables/PC-05%20Atencion%20a%20Derechos%20de%20Peticon%20y%20PQRS%20V6.doc	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario	El proceso de alumbrado publico se basa en los procedimientos de servicio al ciudadano para atender las quejas y dar respuesta a estas oportunamente.	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		C
Act.C	DER	DGVR	8.2.1	IDS	Gestión Integral de Residuos	142	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas. Mesas Distritales de Organizaciones de Recicladores, Encuesta de Medición de Satisfacción de Servicios. Se observan las encuestas en el siguiente link: https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=biHLnPtEHEW8gia854V0-18_pwgTVtEgWwHq3ME69JUN1BRTjHJULZTROTRXUHWFAwVFRQOE1Fw4u	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Primario	La SAPROV informa que solo se ha realizado un seguimiento en el comité primario correspondiente al mes de mayo de 2021, no se evidencia el tratamiento del control en los comités de febrero a abril, así mismo la SAPROV informa que a partir de julio se tratara la actividad y el seguimiento del control en el comité primario. No fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021. No se evidencia que se controle la actividad en alguna de las instancias de la Unidad, ya que no fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logra verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.	C
Act.C	DGVR	DER	8.2.3	HMP	Alumbrado Público	143	Se ha realizado revisión de los productos y servicios antes de comprometerse a suministrarlos en forma anual El proceso de alumbrado publico en SIG cuenta con el procedimientos como revisión y aprobación de diseños fotométricos V5 https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/alumbrado/editables/PC-04%20Revisión%20Verificación%20y%20Aprobación%20de%20Diseños%20Fotometricos%20V5.doc donde antes de aprobar el producto revisa el cumplimiento de los requisitos para luego si aprobarlos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	mesas de trabajo comités primario	Se verifica en el SIG y el proceso de Alumbrado Publico cuenta con el procedimiento y se observa aprobación de estudios fotométricos. Así mismo se observa actas de comités primarios de los meses de Marzo y Abril de 2021.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C	
M	DGVR	DER	8.2.3	HMP	Alumbrado Público	144	La UAESP revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este. El proceso de alumbrado publico en SIG cuenta con el procedimientos como revisión y aprobación de diseños fotométricos V5 https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/alumbrado/editables/PC-04%20Revisión%20Verificación%20y%20Aprobación%20de%20Diseños%20Fotometricos%20V5.doc donde antes de aprobar el producto revisa el cumplimiento de los requisitos para luego si aprobarlos.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	mesas de trabajo comités primario	Se verifica en el SIG y el proceso de Alumbrado Publico cuenta con el procedimiento y se observa aprobación de estudios fotométricos de igual manera el indicador de proyectos fotométrico. En acta de comité primario relacionan el seguimiento de los productos.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Conforme		C	
Act.C	DGVR	DTH	8.2.4	HMP	Alumbrado Público	145	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios. Los cambios en procedimientos y tiempos son notificados de manera oportuna a los clientes o usuarios. Si existe algún cambio o documento se le informa igualmente a los usuarios.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	En verificación no es claro que se deje documentado o exista algún procedimiento donde se deje la evidencia de socialización con los cliente de algún cambio o modificación de requisitos para la solicitud de algún producto o servicio.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Documentar claramente cualquier tipo de notificación, comunicación o divulgación cuando exista algún cambio en los requisitos de los productos o servicios.	C
Act.C	DGVR	DER	8.3.1	IDS	Gestión Integral de Residuos	146	Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios. En el PGRS se encuentra enmarcado el diseño y desarrollo que se presta desde aprovechamiento en los programas de aprovechamiento, orgánicos y programa de inclusión los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace https://www.uaesp.gov.co/content/proceso-revision-ajuste-pgrs-2020 . 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.	Rendición de Cuentas Mesa Distrital de Recicladores Mesas Técnicas de Planeación	la SAPROV informa que es la OAP quien realiza la consolidación y control de las actividades del PGRS para la línea de aprovechamiento. No obstante, no es claro que se trate el control en uno de los comités establecidos por la UAESP. No fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021. No se evidencia que se controle la actividad en alguna de las instancias de la Unidad, ya que no fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logra verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.	C

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION			
MECI	MIPIG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?							
Act. C	DGVR	DER	8.3.2	IDS	Gestión Integral de Residuos	147	La UAESP determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.	En el PGRS se encuentra enmarcado el diseño y desarrollo que se presta desde aprovechamiento en los programas de orgánicos y programa de inclusión los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace https://www.uaesp.gov.co/content/proceso-revision-ajuste-pgrs-2020 . 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.	Actas Mesas de Trabajo	La SAPROV informa que los controles para las etapas del diseño y desarrollo se realizaron mediante las mesas de trabajo realizadas. No obstante, no es claro que se trate el control en uno de los comités establecidos por la UAESP. No se evidencia que se controle la actividad en alguna de las instancias de la Unidad, ya que no fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logra verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.			
Act. C	DGVR	DER	8.3.3				IDS	Gestión Integral de Residuos	148	Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, y requisitos legales y reglamentarios.	Decreto 596 de 2016 y en el PGRS se encuentra enmarcado el diseño y desarrollo que se presta desde aprovechamiento en los programas de orgánicos y programa de inclusión los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace https://www.uaesp.gov.co/content/proceso-revision-ajuste-pgrs-2020 . 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.	Actas Mesas de Trabajo	La SAPROV informa que los temas se tratan en mesas de trabajo para realizar los seguimientos de tipos específicos de los servicios de aprovechamiento considerando los requisitos funcionales y de desempeño. No obstante, no es claro que se controle la actividad en alguna de las instancias de la Unidad, ya que no fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logra verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.
Act. C	DGVR	DER	8.3.4				IDS	Gestión Integral de Residuos	149	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.	Decreto 596 de 2016 y en el PGRS se encuentra enmarcado el diseño y desarrollo que se presta desde aprovechamiento en los programas de orgánicos y programa de inclusión los cuales se pueden consultar en el siguiente enlace https://www.uaesp.gov.co/content/proceso-revision-ajuste-pgrs-2020	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Documento de Seguimiento al PGRS	Documento de seguimiento al PGRS que se maneja dentro de la SAPROV, donde se consolida el seguimiento a los programas de aprovechamiento. No obstante, no es claro que se trate el control en uno de los comités establecidos por la UAESP. No se evidencia que se controle la actividad en alguna de las instancias de la Unidad, ya que no fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logra verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.
IC	DIC		8.3.5	IDS	Gestión Integral de Residuos	150	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.	Si se conserva de acuerdo a lo establecido en el proceso de gestión Documental PC-06_Tablas_Retención_Documental V4 ubicado en el siguiente enlace https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/gestion_documental/edificables/PC-06_Tablas_Retención_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.	Carpeta Digital de Información.	La SAPROV informa que por motivos de la pandemia relacionada con el COVID - 19, no se está realizando la organización de información en físico, la información se está conservando de forma digital. No obstante, no es claro que se traten los controles para estas actividades en alguno de los comités establecidos por la UAESP. No se evidencia que se controle la actividad en alguna de las instancias de la Unidad, ya que no fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logra verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.			
Act. C	DGVR	DER	8.3.6	IDS	Gestión Integral de Residuos	151	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios	La SAPROV informa que se maneja el formato Seguimiento Programas PGRS Aprovechamiento, pero no se evidencia en el SIG ni aprobado por la OAP. La SAPROV informa que no son los encargados de formalizar y aprobar el formato de seguimiento. No obstante, no se evidencia un proceso o procedimiento de diseño y desarrollo de productos y servicios.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Actas de las Mesas de Trabajo	La SAPROV informa que el control realizado a los cambios durante el diseño y desarrollo de los programas de Aprovechamiento se realiza mediante las mesas de trabajo de seguimiento al PGRS. No obstante, no es claro que se traten los controles para estas actividades en alguno de los comités establecidos por la UAESP. No se evidencia que se controle la actividad en alguna de las instancias de la Unidad, ya que no fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logra verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.			
AC	DGVR		8.4.	HMP	Servicios Funerarios	152	Cómo se ha desarrollado la planificación, implementación y control de productos y servicios contratados externamente en el proceso de Servicios Funerarios	La planeación se realiza a través de la SSFAP mediante el apoyo y supervisión a los componentes de servicio funerarios Social Mercadeo, Vigilancia y seguridad a la infraestructura, legal, administrativa, Ambiental Documental y de mantenimiento El control se ejerce con los informes de gestión, de inventorial y la generación de los indicadores.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité primario	Existe la planeación para la implementación y control de productos mediante los informes de gestión, de inventorial que allegan a la SSFAP así como el análisis que se realiza mediante indicadores.	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				
AC	DGVR		8.5	HMP	Servicios Funerarios	153	Que evidencias de control se establecieron para la producción y prestación del servicio de las subvenciones y auxilios Funerarios	Para la a prestación de los servicios funerarios y el otorgamiento de los auxilios funerarios, existe una lista de chequeo, así mismo en el SIG el proceso de servicios funerarios cuenta con un instructivo de subsidios funerarios SF-IN-O1-V1 allí se establecen todos los servicios y los requisitos necesarios para la prestación y otorgamiento de auxilio.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comités primarios	Se observa y se verifica que el Proceso de Servicios Funerarios cuenta con un indicador de subsidios funerarios para el control de los mismos. En actas de comité primario realizan el seguimiento para la prestación de los servicios.	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				

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
M	DER	DCI	8.7	HMP	Servicios Funerarios	154	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.	El proceso de Servicios funerarios dentro del del procedimiento Supervisión y Control del servicio funerario SFU-PC-01 V7 en la actividad No. 9 https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/funerarios/editables/PC01%20Supervision%20y%20control%20de%20servicio%20funerario%20V1 . Allí se describe el seguimiento de las acciones de los hallazgos, no conformidades, observaciones, recomendaciones frente a la prestación del servicio funerario. Posterior se plasma en los Planes de mejoramiento.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comités primarios	Se verifica y el proceso de servicios funerarios efectivamente dentro del SIG cuenta con el procedimiento Supervisión y Control del servicios funerarios SFU-PC-01 V7	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	
M	DER	DCI	8.7	IDS	Gestión Integral de Residuos	155	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 SAPROV informa que no se han presentado no conformidades con respecto a los productos y servicios del proceso. Las No conformidades pueden ser consultadas en los planes de mejoramiento de la Unidad en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/transparencia/control/planes-mejoramiento . 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.	Actas de las Mesas de Trabajo	La SAPROV informa que no se han presentado no conformidades con respecto a los productos y servicios del proceso. No obstante, no es claro que se traten los controles para estas actividades en alguno de los comités establecidos por la UAESP. No se evidencia que se controle la actividad en alguna de las instancias de la Unidad, ya que no fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logra verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.
M	DER	DCI	8.7	HMP	Servicios Funerarios	156	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	El proceso de Servicios funerarios dentro del del procedimiento Supervisión y Control del servicio funerario SFU-PC-01 V7 en la actividad No. 9 https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/funerarios/editables/PC01%20Supervision%20y%20control%20de%20servicio%20funerario%20V1 . Allí se describe el seguimiento de las acciones de los hallazgos, no conformidades, observaciones, recomendaciones frente a la prestación del servicio funerario. Posterior se plasma en los Planes de mejoramiento.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	Se verifica y el proceso de servicios funerarios efectivamente dentro del SIG cuenta con el procedimiento Supervisión y Control del servicios funerarios SFU-PC-01 V7	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	
M	DER	DCI	8.7	IDS	Gestión Integral de Residuos	157	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	La SAPROV informa que no se han presentado no conformidades con respecto a los productos y servicios del proceso. Las No conformidades pueden ser consultadas en los planes de mejoramiento de la Unidad en el siguiente enlace http://www.uaesp.gov.co/transparencia/control/planes-mejoramiento . 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.	Actas de las Mesas de Trabajo	La SAPROV informa que no se han presentado no conformidades con respecto a los productos y servicios del proceso. No obstante, no es claro que se traten los controles para estas actividades en alguno de los comités establecidos por la UAESP. No se evidencia que se controle la actividad en alguna de las instancias de la Unidad, ya que no fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logra verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.
M	DER	DCI	8.7	HMP	Gestión de Asuntos Legales	158	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	El proceso de Servicios funerarios dentro del del procedimiento Supervisión y Control del servicio funerario SFU-PC-01 V7 en la actividad No. 9 https://www.uaesp.gov.co/sig/documentos/funerarios/editables/PC01%20Supervision%20y%20control%20de%20servicio%20funerario%20V1 . Allí se describe el seguimiento de las acciones de los hallazgos, no conformidades, observaciones, recomendaciones frente a la prestación del servicio funerario. Posterior se plasma en los Planes de mejoramiento.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	comité primario	Se verifica y el proceso de servicios funerarios efectivamente dentro del SIG cuenta con el procedimiento Supervisión y Control del servicios funerarios SFU-PC-01 V7	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	
M	DER	DCI	8.7	OIH	Direccionamiento estratégico	159	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras	Procedimiento "Control de las salidas no conformes".	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 9 de abril de 2021	Revisión por la Dirección numeral 5 : Conformidad de productos y servicios . Sin embargo, no se evidencian ejercicios consolidados por el SIG en relación al desarrollo y unificación del estado de servicios no conformes. Que se presentan y se identifican en cada proceso misional. En tal sentido, tampoco se evidencian ejercicios de seguimiento por parte de la Alta Dirección al respecto. Así las cosas, genera incertidumbre el manejo dado por cada proceso en forma separa y sin seguimiento en las instancias pertinentes de decisión.	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	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	IMPG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONA NDO?				
IC	DER	DCI	8.7	OIH	Direccionamiento estratégico	168	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.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 9 de abril de 2021	Revisión por la Dirección numeral 5 : Conformidad de productos y servicios . Sin embargo, no se evidencian ejercicios consolidados por el SIG en relación al desarrollo y unificación del estado de servicios no conformes. Que se presentan y se identifican en cada proceso misional. En tal sentido, tampoco se evidencian ejercicios de seguimiento por parte de la Alta Dirección al respecto. Así las cosas, genera incertidumbre el manejo dado por cada proceso en forma separa y sin seguimiento en las instancias pertinentes de decisión.	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		C
Act. C	DGVR	DER	9.1.2	HMP	Alumbrado Público	165	Cual fue el último seguimiento de satisfacción al cliente y que conclusiones se establecieron.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	comites primario	El proceso de Alumbrado publico se basa en los informes presentados por la interventoría donde determinan la satisfacción del cliente. No obstante, no hay claridad sobre el documento o procedimiento para realizar una medición.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Si bien es cierto que existes informes periodicos de seguimiento, se recomio establecer un documento, procedimiento para poder realizar una precisa medicion de satisfacion del cliente.	C
Act.C	DGVR	DER	9.1.2	IDS	Gestión Integral de Residuos	162	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.	Mesas Distritales de Organizaciones de Recicladores, Encuesta de Medición de Satisfacción de Servicios. Se observan las encuestas en el siguiente link: https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=b1HLnPEH8W8gia854V0_18_pwgTVFgBwHq3ME69JUN1BR7jUUTZROTRXU1WFAwVfREOE1F7W4u	Comité Primario	La SAPROV informa que solo se ha realizado un seguimiento en el comité primario correspondiente al mes de mayo de 2021, no se evidencia el tratamiento del control en los comités de febrero a abril, así mismo la SAPROV informa que a partir de julio se tratara la actividad y el seguimiento del control en el comité primario. No se evidencia que se controle la actividad en alguna de las instancias de la Unidad, ya que no fue posible verificar las evidencias solicitadas en la reunión realizada el día 12/07/2021.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logro verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.	C
Act. C	DER	DCI	9.1.3	OIH	Direccionamiento estratégico	163	En la última revisión por la Dirección se desarrollo o abordo el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas, y se tomaron decisiones al respecto.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 9 de abril de 2021	El informe de Revisión por la Dirección 2020, se presento en marco del Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 9 de abril de 2021, abordando el numeral completo 9.3. de la ISO 9001:2015. Sin embargo, en el entendido en que la caracterización de grupos de valor no identifica completamente el conjunto de necesidades y expectativas, es importante que se articule este ejercicio para tener la garantía que la totalidad de necesidades, expectativas y requisitos de ley son cumplidos en la UAESP o que se viene desarrollando para identificarlos y alcanzarlos.	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	En el entendido en que la caracterización de grupos de valor no identifica completamente el conjunto de necesidades y expectativas, es importante que se articule este ejercicio para tener la garantía que la totalidad de necesidades, expectativas y requisitos de ley son cumplidos en la UAESP o que se viene desarrollando para identificarlos y alcanzarlos.	C
M	DDE		9.3.2	OIH	Direccionamiento estratégico	164	Están cubiertas todas las entradas de revisión por la Dirección en el último ejercicio de seguimiento presentado en el Comité de Gestión y Desempeño.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 9 de abril de 2021	Informe de Revisión por la Dirección del 9 de abril de 2021. Se evidencian todos los numerales descritos en 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	Conforme		
M	DDE		9.3.3	OIH	Direccionamiento estratégico	165	Se documentaron las salidas de revisión por la Dirección y cual ha sido el seguimiento a la implementación de las mismas.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 9 de abril de 2021	En el informe de Revisión por la Dirección se evidencia en el punto 1, el estado de las acciones de revisiones previas. En este punto se destacan cinco (5) compromisos con proceso de seguimiento en temas ejecutados con corte a 30 de diciembre de 2020. Si bien es cierto se desarrollan seguimientos a los compromisos pactados de las revisiones previas, no se evidencian decisiones precisas y estados de cumplimiento que permitan identificar si las acciones continúan, se mantienen o se dan por cumplidas y por ende se retiran de los ejercicios de seguimiento.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	Es necesario identificar en los seguimientos a los compromisos previos de la Revisión por la Dirección, que decisiones se toman, conclusiones y demas actuaciones finales. Lo anterior, con el finde saber el estado luego de la revisión, saber si continua, se mantiene o requiere alguna otra actuación al respecto.	

ANEXO - 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, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN*			RESULTADO* (Basado en instrumento de Evaluación SCI del DAFP)	TIPO DE HALLAZGO	RECOMENDACIONES INDEPENDIENTE	EVALUACION
MECI	MIPIG	X	NTC ISO 9001			PREGUNTAS	DESCRIBIR LA DOCUMENTACIÓN VERIFICADA QUE DA CUENTA AL REQUERIMIENTO/DEBE (Procesos, Manuales, Políticas de Operación, Procedimientos, Instructivos, u otros)	¿PRESENTE?	¿Se referencia, analiza y/o verifica en el marco de algún Comité/Instancia interna en la UAESP? (Acta, tema y desarrollo)	DESCRIBIR RESULTADOS DE LA PRUEBA APLICADA PARA COMPROBAR EL CONTROL, OPERATIVIDAD Y/O APLICACIÓN (Tener en cuenta papel de las líneas de defensa)	¿FUNCIONANDO?				
AC	DDE		10.1	IDS	Servicio al Ciudadano	166	Cuáles han sido las oportunidades de mejora que se han desarrollado al interior del proceso	1. Interfaz entre aplicativo ORFEO y el aplicativo SDQS de la alcaldía de Bogotá. 2. Aplicación de Encuestas, contratar una empresa que realice un desarrollo para aplicar encuestas de forma digital y automática. No se observa documentadas las oportunidades de mejora. No obstante la SAF informa que se están adelantando actividades para poder desarrollarlas.	2 - Existen actividades diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otras herramientas	Rendición de Cuentas Así Vamos UAesp.	Se expuso en la rendición de cuentas de la Unidad realizada en el mes de julio de 2021 las oportunidades de mejora identificadas, la cual se puede consultar en el siguiente enlace https://web.microsoftstream.com/video/7c9a97bb-8d48-44b2-827f-a2712ef7e5ad . No obstante no se evidencia la documentación de la identificación de oportunidades.	2 - El control opera como está diseñado pero con algunas falencias	Deficiencia de control (diseño o ejecución)	Observación	No se logra verificar la información, evidencias o documentos expuesta por la SAPROV. Se observa incumplimiento a lo establecido en el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015. Se observa falta de control y seguimiento de las actividades para mantener las actividades documentadas. Se recomienda mantener la información de la realización de estas actividades documentadas tal como lo establece el numeral 7.5 Información Documentada de la Norma ISO 9001:2015.
AC	DER		10.2	OIH	Gestión del Talento Humano	167	Que acciones se han desarrollado por parte del proceso, ante las no conformidades y observaciones evidenciadas en el anterior informe de este mismo informe.	Plan de Mejoramiento 2021.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Reuniones propias del proceso de Gestión de Talento Humano - GTH.	1. Actualización política Conflicto de Interés y política, antisoborno, antifraude y antipiratería con el auspicio de OAP y la mesa de Transparencia de la UAESP. 2. Creación Botón de denuncias- 3. En proceso de construcción procedimiento para el manejo de actos o situaciones de corrupción e infracción ante el Código de Integridad.	3- El control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	Mantenimiento del control	Conforme	
M	DGVR DER		10.3 9.1.3	IDS	Evaluación y Mejora	168	En la última revisión por la Dirección se desarrollo o abordó el seguimiento a las entradas respectivas y cuál ha sido el seguimiento a la implementación de las mismas.	En el ejercicio de revisión del seguimiento a las entradas respectivas y sus seguimientos, se realiza de manera conjunta entre la OAP y las áreas misionales de la Unidad.	3 - Las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas de acuerdo con el requerimiento.	Informe Revisión Por la Dirección.	Se observa el seguimiento a las actividades en el informe de seguimiento por la dirección con corte a 31 de diciembre 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	

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

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-dff7a4c1c07c?1=1588201893877>

- Resultados Auditoría al Sistema Integrado de Gestión en la UAESP, 2019.
- Manual Operativo MIPG, Versión 3 Departamento Administrativo de la Función Pública.
- NTC ISO 9001:2015

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

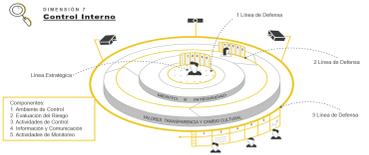
EVALUACIÓN	CATEGORIAS
"Presente"	Se referencia el nombre del proceso, manual, política de operación, procedimiento o instructivo en donde se encuentra documentado y su fuente de consulta. Nota: Entiendase "diseñada" como aquella actividad que cuenta con un responsable(s), periodicidad (cada cuanto se 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).
"Funcionando"	Se basará de acuerdo con los iterios y basado en los resultados reportados por la Oficina de Control Interno

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

Nombre de la Entidad:
 Periodo Evaluado:

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PUBLICOS - UAESP

PRIMER SEMESTRE DE 2021



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

90,50%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

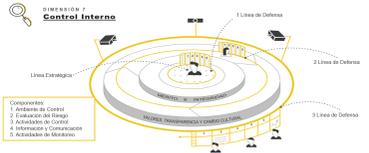
<p>¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>El Sistema de Control Interno de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos - UAESP, garantiza manera razonable el cumplimiento de los objetivos de la entidad, por lo que al verificar la existencia de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno, se puede evidenciar que la entidad opera de manera articulada con los lineamientos del SGC en ISO 9001:2015 y las Dimensiones y Políticas del Modelo Integrado de Gestión Pública - MIPG, los cuales han permitido contribuir al logro de los objetivos institucionales.</p> <p>Conforme lo anterior, la UAESP mantiene un Sistema de Gestión presente y funcionando, en el que se evidencia un avance del 90,5% respecto de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno - MECI. Lo anterior, es evaluado de acuerdo con la metodología aplicada. Sin embargo, requiere de acciones dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa, el compromiso de la Alta Dirección y la participación activa de la nueva planta de personal vinculada 2020-2021. (Ver ANEXO 2).</p> <p>Adicionalmente a lo anterior, es importante fortalecer el trabajo de los Comités Directivos (Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno y el de Gestión y Desempeño) como instancias de evaluación y seguimiento para la toma de decisiones en forma oportuna de acuerdo con su rol de línea estratégica. Lo anterior basado en los lineamientos fijados por la entidad en la Resolución 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"</p>
<p>¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>Según modelo de evaluación, de los 15 procesos evaluados se evidencia que 65 (de 81) aspectos se encuentra presentes y funcionan correctamente, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de las líneas de defensa y 16 aspectos requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución. A la fecha, con riesgo ambiental y sanitario materializado (Covid-19), la Entidad logra cumplir con los objetivos institucionales, con el reto de reajustar y alinear conforme a los nuevos lineamientos según del Plan de Desarrollo de Bogotá 2020-2024.</p>
<p>La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (Líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):</p>	<p>Si</p>	<p>La Unidad Administrativa de Servicios Públicos - UAESP, durante la vigencia 2020 adoptó la Resolución 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. En esta normatividad interna, se desarrolla y amplía de manera general el esquema de líneas de defensa, fortaleciendo los inicios del esquema del Sistema de Administración de Riesgos que existía desde la vigencia 2019 . Adicionalmente para la vigencia 2021, se cuenta con la V1 de la Manual del Sistema de Gestión en su V1, el cual apoya el proceso socialización y asimilación del Sistema de Gestión obrante en la entidad.</p> <p>Dado lo anterior, es importante que con el fin de vivenciar adecuadamente estas disposiciones normativas y de orientación que ha fijado, se requiere desarrollar especificaciones para:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecer las líneas de reporte entre las distintas líneas de defensa, con el fin de que se desarrollen flujogramas de información en forma horizontal y vertical que permitan su conocimiento, análisis y toma de decisiones oportunas en las instancias establecidas. 2. Incrementar el papel que juegan los Comités Directivos como líneas estratégicas de tal forma que se conviertan en instancias de análisis, seguimiento y control de los temas prioritarios de la entidad. 3. Desarrollar procesos de sensibilización que garanticen la asimilación como cultura organizacional del papel que desarrolla cada funcionario dentro del esquema de líneas de defensa. <p>El reto de la UAESP es hacer tomar conciencia de los niveles de autoridad y responsabilidad que permita la dinámica, evite posibles reprocesos o duplicidades y se haga eficaz en el cumplimiento de sus objetivos institucionales.</p>

Nombre de la Entidad:

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PUBLICOS - UAESP

Periodo Evaluado:

PRIMER SEMESTRE DE 2021



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

90,50%

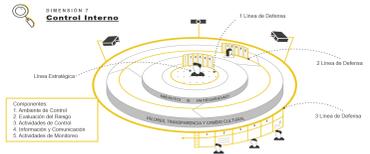
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	87,5%	<p>La UAESP cuenta con un esquema de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. En tal sentido es preciso mencionar:</p> <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La entidad cuenta con procedimientos, políticas, manuales y herramientas de control y monitoreo para el fortalecimiento del sistema de control interno - La entidad establece y documenta políticas y procedimientos necesarios para la vinculación, permanencia y retiro de los servidores públicos los cuales fueron desarrollados en virtud del proceso de selección creado bajo la Convocatoria 823 de 2019 de la CNSC. - Se evalúa continuamente el cumplimiento de las obligaciones contractuales definidas para los contratistas de apoyo. <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debilidades en el seguimiento y evaluación de cumplimiento de la política de conflicto de interés. - A pesar de contar con la conformación de roles y responsabilidades bajo el esquema de líneas de defensa, es necesario culminar el establecimiento de las líneas de reporte. - A pesar de estar en trabajo con el DASC, no se cuenta con un ejercicio de evaluación de impacto del Plan Institucional de Capacitación. - En la descripción del alcance del SG, se debería considerar procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica que hacen parte del sistema. 	80,2%	<p>Conforme a resultados, se debe fortalecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La política del SG con la que cuenta actualmente la UAESP está acorde con los propósitos establecidos. - El alcance del SG, considerando procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica - Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. - Evaluar 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 - Análisis de la Alta Dirección la información asociada con la generación de reportes financieros 	7,3%

Nombre de la Entidad:

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PUBLICOS - UAESP

Periodo Evaluado:

PRIMER SEMESTRE DE 2021



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

90,50%

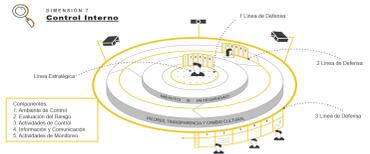
Evaluación de riesgos	Si	91,2%	<p>La UAESP tiene como propósito identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales, para lo cual se tiene:</p> <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa, gestionó la actualización de la política de administración de riesgos durante el mes enero de 2021. - Se evidencian seguimientos desarrollados por la segunda y tercera línea de conformidad con los procedimientos y políticas establecidas para tal fin. - No se reflejan procesos de materializaciones de riesgo conforme los resultados emitidos por segunda y tercera línea de defensa con corte al 30 de junio de la actual vigencia. <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Continúan presentándose dificultades en los procesos para la identificación y tratamiento de los lineamientos definidos por la Alta Dirección y la 2da línea de defensa respecto del tratamiento de las oportunidades que deban ser abordadas desde el Sistema de Gestión. - Se evidencian dificultades en la documentación que permitan identificar una adecuada verificación y análisis del contexto interno y externo de la entidad para la actualización de mapas de riesgos y controles. - Es necesario culminar la actualización de la política de riesgos y mapas de riesgos conforme la Guía de Administración de Riesgos del pasado 20 de diciembre de 2020. 	73,5%	<p>Conforme a resultados, se debe fortalecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar por la Alta Dirección de las posibles 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 • Monitorear por la Alta Dirección los riesgos aceptados revisando que sus condiciones no hayan cambiado y definir su pertinencia para sostenerlos o ajustarlos • Análisis de la Alta Dirección 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 • La Alta Dirección acorde con el análisis del entorno interno y externo, desidir de los procesos, programas o proyectos (según aplique), susceptibles de posibles actos de corrupción • Consolidación de información clave frente a la gestión del riesgo. 	17,7%
Actividades de control	Si	91,7%	<p>En la UAESP se tiene el propósito de permitir el control de los riesgos identificados como mecanismo para apatancar el logro de los objetivos, para lo cual:</p> <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. - Para el personal contratista se cuenta con los soportes documentales de las obligaciones contractuales, las cuales se orientan al cumplimiento del objetivo de los objetivos de cada proceso. <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se evidencia ejercicios documentados por cada proceso, donde se evidencie el seguimiento a la totalidad de controles establecidos, tanto en procedimientos como en los distintos instrumentos que permita orientar su funcionalidad, seguimiento y evaluación. 	91,7%	<p>Conforme a resultados, se debe fortalecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lineamientos para determinar la necesidad de cambios en el SG y la gestión de su implementación. • El diseño de controles como respuesta a la evaluación de la gestión del riesgo. 	0,0%

Nombre de la Entidad:

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE SERVICIOS PUBLICOS - UAESP

Periodo Evaluado:

PRIMER SEMESTRE DE 2021



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

90,50%

<p>Información y comunicación</p>	<p>Si</p>	<p>86%</p>	<p>En la UAESP se tiene como prioridad utilizar la información de manera adecuada y comunicarla por los medios y en los tiempos oportunos. Para esta labor se cuentan con políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de la entidad, de tal forma que permitan realizar la divulgación la gestión de la entidad mediante los diversos medios y canales de comunicación disponibles.</p> <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La entidad cuenta con procedimientos y puntos de control para garantizar razonablemente la confidencialidad de la información y datos considerados como relevantes. - Se aplica de manera sistemática mecanismo de medición sobre la satisfacción de los usuarios. - Para la comunicación interna se cuentan con mecanismos que permiten dar a conocer los objetivos y metas estratégicas, de manera tal que el personal entienda su papel en su consecución. - Se evidencian políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad). - Se observan canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos son reconocidos a todo nivel de la organización. <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si bien es cierto se realizó un proceso de actualización de la caracterización de usuarios, ésta no identifica adecuadamente las expectativas y necesidades de los mismos y su forma de seguimiento. 	<p>87,5%</p>	<p>Conforme a resultados, se debe fortalecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 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 - Diseño de sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos 	<p>-1,8%</p>
<p>Monitoreo</p>	<p>Si</p>	<p>96,4%</p>	<p>La UAESP desarrolla actividades de supervisión continua con controles permanentes en el día a día, así como evaluaciones periódicas (autoevaluaciones y auditorías internas y externas) que han permitido valorar la efectividad del control interno de la entidad y la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos;</p> <p>FORTALEZAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La entidad desarrolla ejercicios de seguimiento a los operadores del servicio de aseo en la entidad, mediante procesos de supervisión e interventoría, de tal forma que, los anexos técnicos creados para la prestación del servicio se desarrollen conforme a lo estipulado. - 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 V5. *PC-02 Proyectos de inversión V6. *PC-07 Administración Riesgos V6. *PC-08 Indicadores de gestión V8 <ul style="list-style-type: none"> - La Unidad a través del proceso de Evaluación y Mejora cuenta con el procedimiento PC-03 PM Correctivas preventivas y de mejora para realizar la verificación y avance de las acciones formuladas en el plan de mejoramiento <p>DEBILIDADES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debilidades en la identificación y documentación de evidencias para el tratamiento de oportunidades al interior de procesos y de la misma entidad. - No se evidencian los tratamientos articulados en el PMI respecto de las acciones generadas producto de las evaluaciones realizadas por las instancias que obran como segunda línea de defensa. 	<p>96,4%</p>	<p>Conforme a resultados, se debe fortalecer, acorde con el Esquema de Líneas de Defensa, implementación de procedimientos de monitoreo continuo como parte de las actividades de la 2a línea de defensa, a fin de contar con información clave para la toma de decisiones.</p>	<p>0,0%</p>