

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100049633**

Página 1 de 2

PARA: LUZ AMANDA CAMACHO SÁNCHEZ
Dirección General

DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO: Resultados de la Evaluación a la Gestión Institucional (Tercer ciclo 2021)
(Consolidado)

Respetada Dra. Luz Amanda:

De conformidad con lo establecido en el artículo 39 de la ley 909 de 2004; el numeral e) del artículo 2.2.21.4.9 del Decreto 1083 de 2015, modificado por Decreto 648 de 2017; entre otros, la Oficina de Control Interno realizó la verificación del cumplimiento y avance de la gestión de cada uno de los procesos y/o áreas de la UAESP, tercer ciclo planificado para el 2021.

Cada líder de proceso cuenta con la evaluación específica, y las conclusiones generales de la evaluación fueron:

- La gestión de la Entidad se estima en un 58.8% con corte al 31 de julio de 2021, basado en los porcentajes de cada uno de los procesos producto del seguimiento. Dado el promedio de los resultados de la gestión institucional evaluada en las dependencias/procesos indicados en el presente documento. Resaltamos que en este promedio no está incluido el proceso de "Evaluación y Mejora" a cargo de la Oficina de Control Interno. Lo anterior, implica un incremento de 15.98 puntos porcentuales respecto de la evaluación con corte al 31 de abril de 2021.
- Resultado de la evaluación de los Planes de Acción Institucionales - PAI por dependencias, de un total de 52 actividades principales; se evidencia un avance promedio del 48% con corte al mes de julio de 2021.
- Conforme la programación de las metas asociadas al interior de los proyectos de inversión de la 5.3. UAESP, es evidente que 21 metas (70%), presentan conformidad frente a la gestión y avance de cumplimiento. No obstante, 10 metas (30%) evidencian debilidades en el cumplimiento de estas por falta de gestión e inoportunidad o falta de los soportes necesarios para determinar el avance.
- Se observa seguimiento a las actividades de los componentes del PAAC y al Mapa de riesgos de Corrupción con corte al 31/08/2021, dando cumplimiento a lo establecido en el

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100049633**

Página 2 de 2

Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011. No obstante, se evidencia desarticulación entre el PAAC respecto de la estrategia de racionalización para la vigencia 2021, por cuanto lo anterior, va en contravía de lo descrito en el artículo 9º de la Resolución DAFP No. 1099 de 2017, “*Por la cual se establecen los procedimientos para autorización de trámites y el seguimiento a la política de racionalización de trámites*”:

- Para el segundo cuatrimestre del 2021, se observa en general la documentación de controles para los riesgos de gestión y el seguimiento de las acciones por parte de los procesos, para prevenir la materialización de los riesgos.
- Se observa seguimiento a los Planes de mejoramiento externo Contraloría de Bogotá D.C. y Contraloría General de la Republica. No obstante, se observa el incumplimiento para el cierre de acciones correctivas, debido a que no se presentan las evidencias necesarias para recomendar cierre por los procesos.
- A cierre del 30 de septiembre 2021 el plan de mejoramiento interno cuenta con 335 acciones, de las cuales 127 son correctivas y 208 son de mejora; se puede observar que en total 206 se encuentran cerradas es decir el 61% de acciones del plan ya fueron cumplidas.

Dentro del presente, se anexa informe consolidado que contiene los principales aspectos de los resultados a nivel Entidad y de forma consolidada, recomendando activar las mesas técnicas del MIPG necesarias y correspondientes, primeras y segundas líneas de defensa para analizar las alertas (observaciones) y (no conformidad) para tratarlas en virtud del cumplimiento de los objetivos institucionales y de ciudad.

Cualquier aclaración o información adicional estaremos prestos a atenderla.

Cordialmente,

ANDRÉS PABÓN SALAMANCA

Jefe Oficina Control Interno

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

Anexos: Informe Consolidado, Matrices de seguimiento a PAAC, Riesgos y Plan de Mejoramiento.

Elaboró: Óscar Javier Hernández Serrano, Profesional Especializado Oficina de Control Interno

Informe de auditoría interna

ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA	GESTIÓN Y RESULTADOS ⁽¹⁾	ANÁLISIS FINANCIERO Y CONTABLE ⁽¹⁾	LEGAL ⁽¹⁾	SISTEMA DE GESTIÓN ⁽²⁾
	X		X	6.1; 7.1; 8,1; 9.1.3; y 10 de la NTC ISO 9001:2015
INFORME ⁽³⁾	Seguimiento a la Gestión Institucional enero - julio de 2021			
PROCESO, PROCEDIMIENTO, Y/O DEPENDENCIA	Todos los Procesos del SIG			
RESPONSABLE Y/O AUDITADOS	Líderes de proceso y equipo de trabajo designados.			
OBJETIVO	Verificar el avance en el cumplimiento del Plan de Acción Institucional - PAI, Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PAAC, Gestión de Riesgos de Gestión y Corrupción, Gestión presupuestal, contractual y física por procesos/dependencia de la Metas Plan de Desarrollo 2020-2024 y Planes de Mejoramiento (Interno y Externos) que se desarrollan en la UAESP producto del desarrollo de la misionalidad institucional.			
ALCANCE	<ol style="list-style-type: none"> Acciones y actividades asociadas con PAI, Metas Proyecto de Inversión, Gestión Presupuestal y Contractual, Planes de Mejoramiento: Corte 31 de julio de 2021. Acciones y actividades asociadas con PAAC y Gestión de riesgos de Corrupción y Gestión: corte 31 de agosto de 2021. 			
PERIODO DE EJECUCIÓN	Del 30/08/2021 al 04/10/2021			
EQUIPO AUDITOR	<p>AUDITORES INTERNOS</p> <p>OSCAR JAVIER HERNANDEZ SERRANO - OJHS LIGIA MARLEN VELANDIA LEON VELANDIA - LMVL SANDRA PATRICIA PARDO RAMIREZ -SPPR LUZ STELLA CAÑÓN HERNANDEZ - LSCH ERIKA MARCELA HUARI MATEUS - EMHM</p> <p>OBSERVADORES:</p> <p>EUGENIO SIMÓN BARRIOS – ESB ADRIANO PARADA RAVELO – APR EDUARDO JOSÉ BALLESTEROS – EJB</p>			

<p>DOCUMENTACIÓN ANALIZADA ⁽⁴⁾</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Acción Institucional vigencia 2021 - Hoja de vida de indicadores y/o seguimientos Indicadores Procesos - Plan Anual de Adquisiciones versión 22 y 26 - Metas resultado y producto (según corresponda) (reporte SEGPLAN). - Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC 2021 - Mapa de Riesgos (de Proceso y de corrupción) agosto de 2021 - Planes de Mejoramiento Institucional y Externos - Informe SEGPLAN junio 30 de 2021 - Matriz Contratación Asuntos Legales - Informe de Revisión por la Dirección - Vigencia 2020 - Informe Auditoría Regularidad No. 187 PAD 2021 - Otros soportes entregados por los procesos y consolidados encarpeta compartida en One Drive.
--	---

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

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

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

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

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

1.1. En procura de la eficiencia y eficacia administrativa frente a las actividades de Auditoría Interna previstas según Plan Anual de Auditorías - PAA 2021, se realizó un examen del avance de la gestión institucional de la Entidad en cuanto al Plan de Acción Institucional, Plan Anual de Adquisiciones 2021, Metas resultado y producto, Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano, Riesgos de Corrupción y Gestión, Planes de Mejoramiento Interno y Externo con el propósito de verificar avances y resultados, elementos de control y aspectos referentes al Sistema Integrado de Gestión de la UAESP.

1.2. Se utilizó instrumento de verificación en formato Excel, de tal forma que le permita al auditor evidenciar acciones y su estado, bajo metodología de planificación y gestión de riesgos vigentes en la UAESP.

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

1.4. Los resultados fueron comunicados directamente a los líderes de proceso y/o líderes de dependencia, se ilustró avance de las acciones de forma porcentual, así como, de observaciones frente a los aspectos verificados de forma puntual, con el propósito de propiciar análisis y toma de

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

decisiones que promovieran el cumplimiento de lo planificado que redundará en una mejor prestación de servicios por parte de los procesos/dependencias. (Radicados UAESP No. SSFAP-20211100047833, SAL - 20211100048263, SAF - 20211100048023, OTIC - 20211100047773, OAP - 20211100049043 SAPROV – 20211100048873, SDF - 20211100049003, SRBL - 20211100047783 y OACRI - 20211100047303).

1.5. El presente informe contiene los principales aspectos verificados a razón de los elementos de control fijados por la Entidad bajo la lectura de la eficacia del Sistema Integrado de Gestión que opera en la UAESP, bajo referentes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, MIPG; Modelo Estándar de Control Interno, MECI; y algunos numerales de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015, tal como se mencionó en el plan de auditoría (Radicado UAESP No. 20211100041293 de fecha 31 de agosto de 2021.

1.6. En virtud de la vigente guía del PAAC, los seguimientos a la Matriz de Riesgos de Corrupción y al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano fueron publicados en la página web de la Unidad de manera oportuna, no obstante, se presentó a todos los procesos y se consolidó en el ejercicio de auditoría.

1.7. Limitaciones de Auditoría. A continuación, se citan algunos aspectos que pudieron impactar el desarrollo de la presente auditoría:

- Auditoría bajo modalidad de trabajo en casa, limitando la perspectiva respecto a trabajos analíticos, sustantivos y de cumplimiento en visita en sitio. No obstante, se programaron reuniones en plataformas tecnológicas para hacer entrevistas con los líderes de procesos y gestores MIPG.
- Inoportuna entrega de información referente a los tiempos establecidos en el plan de auditoría respecto de los avances por parte de la SDF, OAP y SAPROV, lo que significó una limitación en análisis previo, replantear reuniones, o ampliar plazos con el objetivo de hacer la verificación basada en evidencias.
- Dificultades de acceso a registros de sistemas operativos (BogData – Predis) que permitan identificar información consolidada y desagregada, en virtud de las metas plan de desarrollo y ejecución presupuestal / física por metas proyectos de inversión, debiendo acceder a archivos Excel producto de la planificación y ejecución y cortes (periodos) de cada dependencia.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.1. CONFORMIDAD: PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2021

Dentro del proceso de planificación y ejecución que adelanta cada una de las dependencias de la Entidad, se evidencia en cada una de ellas la gestión desarrollada en los Planes de Acción Institucionales – PAI, los cuales obtienen para el segundo trimestre de la vigencia 2021, un avance promedio del 48%

Este instrumento a nivel consolidado para la Unidad cuenta con un total de 52 actividades principales, que se desagregan por dependencias, así;

DEPENDENCIA	NÚMERO DE ACT. PRINCIPALES	% AVANCE PAI al 31 de julio de 2021
Subdirección de Asuntos Legales (SAL)	2	67%
Subdirección Administrativa y Financiera (SAF)	8	52%
Subdirección de Recolección, Barrido y Limpieza (RBL)	5	47%
Subdirección de Aprovechamiento (SAPROV)	10	32%
Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público (SSFAP)	7	49%
Subdirección de Disposición Final (SDF)	5	48%
Oficina asesora de Comunicaciones y Relaciones Inter (OACRI)	2	58%
Oficina Asesora de Planeación (OAP)	5	47%
Oficina Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC)	8	36%
Total	52	48%

Fuente: Informes de Gestión por Dependencias al 31 de julio de 2021 – OCI

Dados los resultados anteriores, se destaca el desarrollo y cumplimiento de estos instrumentos de planificación en la Subdirección de Asuntos Legales con un 67%, la Oficina de Comunicaciones con un 58%, y la Subdirección Administrativa y Financiera con un 52%.

Se sugiere a las dependencias dentro del proceso de autoevaluación, fortalecer el proceso de documentación de la gestión adelantada, representándola en las actas de Comités Primarios, así como el aporte efectivo y oportuno de los soportes que den cuenta del avance reportado.

2.2. CONFORMIDAD: ACTUALIZACIÓN Y AVANCE DE LAS METAS PRODUCTO Y METAS

PROYECTO DE INVERSIÓN: La Entidad actualizó y tiene definido 12 metas producto en 5 proyectos de Inversión, que contienen un total de 31 metas internas, las cuales aportan al Plan de Desarrollo del Distrito 2020-2024 - “Un nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI”.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

El resultado al primer semestre del año 2021 por meta plan de desarrollo y proyecto de inversión y dependencia es el siguiente:

PROY.	META	RESP	MAGNITUD 2021	EJECUCIÓN 2021	% EJECUCIÓN 2021	% EJECUCIÓN AL PDD 2020-2024
7628	509- Fortalecer la gestión institucional y el modelo de gestión de la SDHT, CVP y UAESP	SAF	100%	55%	55%	31.0%
7660	5 - Otorgar 12.500 subvenciones y ayudas a la población vulnerable que cumplan los requisitos, para acceder a los servicios funerarios del Distrito	SSFAP	3396	1335	39%	21.8%
7644	278- Aumentar en un 50 % la capacidad instalada de infraestructura en bóvedas, osarios y cenizeros (BOC) u otros equipamientos en los Cementerios Distritales, promoviendo su revitalización.	SSFAP	475	0	0%	0% (*1)
7652	335 - Aumentar en un 25% la Modernización a Tecnología Led del parque lumínico distrital compuesto por un total de 356.000 luminarias.	SSFAP	23258	12395	53.3%	23% (*2)
7569	289 - Actualizar e implementar el Plan Integral de gestión de residuos sólidos PGIRS del Distrito	SRBL	1	0.45	45%	29%
7569	291- Formular e implementar 2 proyectos piloto de aprovechamiento de tratamiento de residuos con fines de valoración energética, En medio reductor o procesos biológicos que garanticen mínimo un 10 % de tratamiento de residuos no aprovechables.	SDF	0.76	0.38%	50%	43% (*3)
	292- Formular e implementar un modelo de aprovechamiento de					

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS						
7569	residuos para la ciudad, en el que se incluya aprovechamiento de orgánicos – plástico, fortalecimiento a la población recicladora; y supervisión y seguimiento a las ECAS.	SAPROV	100%	50%	50%	30%
7569	293 - Garantizar la operación de recolección, barrido y limpieza de los residuos sólidos al sitio de disposición final, en el marco de lo dispuesto en el PGIRS; y la supervisión de la recolección, transporte y almacenamiento temporal para disposición final de los residuos hospitalarios y similares generados en el Distrito Capital	SRBL	100%	50%	50%	30%
7569	294 - Gestión y recolección de los residuos mixtos en los puntos críticos de la ciudad.	SRBL	100%	50%	50%	30%
7569	295- Gestionar en el terreno del RSDJ la disminución del entierro de residuos y el mayor aprovechamiento con alternativas de transformación en energía y biogás, para que su vida útil no dependa del entierro de residuos sino de los proyectos de aprovechamiento	SDF	1	0.55	55%	31%
7569	296- Implementar un modelo eficiente y sostenible de gestión de los residuos de demolición y construcción en el Distrito Capital	SDF	1	0.5	50%	10% (*4)
7569	297- Implementar una estrategia de cultura ciudadana para promover la separación en la fuente, el reuso, el reciclaje, valoración y aprovechamiento de residuos ordinarios orgánicos e inorgánicos, contribuyendo	SAPROV	100%	50%	50%	30%

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

	a mejorar la gestión sostenible de los residuos generados en la ciudad.					
--	---	--	--	--	--	--

Fuente: SEGPLAN a 30 de junio de 2021

Como se puede ilustrar en la tabla anterior, se observa el nivel de cumplimiento de las doce (12) metas producto asociadas al Plan de Desarrollo Distrital 2020 – 2024, evidenciándose que el 66, 6% de las metas se viene cumpliendo en los tiempos planificados.

De otra parte, se llama la atención sobre cuatro metas PDD, las cuales vienen rezagadas respecto de la vigencia inmediatamente anterior, así:

***1: Meta 278:** a pesar que la meta sectorial está en cumplimiento del 0%, se han adelantado otras actividades de gestión con las metas proyecto de inversión relacionadas, como es el Fortalecimiento de la gestión para realizar proyectos de revitalización, modernización, regularización, desarrollo, ampliación, adecuación y/o restauración de los servicios funerarios en los cementerios de Bogotá y con la continuidad del concesionario de la interventoría y supervisión que presta el servicio funerario en los equipamientos del distrito.

***2: Meta 335:** Meta rezagada debido a que de una planificación de diez mil luminarias (10.000), se logró la modernización de ocho mil setenta y seis (8.076). Con lo cual se rezaga la Meta del cuatrienio a un 23%.

***3: Meta 291:** Meta rezagada debido a que de una planificación de un (1) de proyecto piloto de aprovechamiento y tratamiento de residuos con fines de valorización energética en medio reductor o procesos biológicos, que garanticen mínimo un 10% de tratamiento de residuos no aprovechables, debidamente formulado e implementado, solo se alcanzó en la vigencia 2020 una ejecución del 0.48, lo cual a la fecha genera un rezago de la meta del cuatrienio del 43%. Evidenciándose un ajuste en la planificación del 2021 al 2024.

***4: Meta 296:** Meta rezagada debido a que en el año 2020 no se presentó ningún avance, teniendo en cuenta los inconvenientes del predio Cantarrana, para la implementación del modelo eficiente y sostenible gestión de los residuos de demolición y construcción en el Distrito Capital.

2.2.1: METAS ASOCIADAS A PROYECTOS DE INVERSIÓN CONFORMES:

Producto del ejercicio de seguimiento a las metas asociadas a cada uno de los proyectos de inversión (30 metas), se destaca el grado de conformidad del avance y cumplimiento para un total de 21 metas, así:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS					
META PROYECTOS		OBSERVACIONES			
PROYECTO	METAS PROYECTOS DE INVERSION 2020-2024	DEPENDENCIA RESPONSABLE	% AVANCE AL 30-06-2021 SEGPLAN	% AVANCE AL 31-06-2021 AUDITORIA	OBSERVACIONES x METAS DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
7628	2-Aumentar en al menos un 25% la capacidad en la arquitectura tecnológica, subsanando las necesidades que coadyuvan a fortalecer y mantener la misma.	OTIC	48%	48%	Con respecto a la meta del cuatrienio según el área ésta se mide es bajo presupuesto de funcionamiento, la base con la que cuentan a partir del 2021 es la planeación de lo que se requiere a 4 años donde se incluye lo de normal funcionamiento y las inversiones nuevas por unos costos para este año de: \$3.012 millones según SEGPLAN, es así que independiente del plan que se tiene a cuatro años se recomienda contar con una línea base de inicio para poder calcular el % cada año, tanto para lo físico como para lo presupuestal, actualmente a corte de 30 de junio/21 se tiene un avance del 12% y un total de 48% del 100% (es decir llegar al 25% anual) con base en SEGPLAN. Por lo anterior se considera que esta meta en las condiciones establecidas dificulta llegar a medir un avance físico real, como se basa en presupuesto entonces se concluye que se hace por servicio o contrato ejecutado.
7644	3-Mejorar 100% la interventoría y supervisión prestación del servicio funerario en los equipamientos del distrito	SSFAP	100%	70%	Esta meta corresponde a la ampliación y revitalización de los servicios funerarios, específicamente en la oportuna supervisión e interventoría y la contratación del personal necesario para atender el proceso de servicios funerarios, en las evidencias allegadas por el proceso se observan 5 informes de supervisión firmados y un borrador en proceso de revisión y firma para el periodo evaluado, así mismo se observa la celebración de 06 contratos de prestación de servicios, lo que refleja un avance del 70% de acuerdo con el segplan.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS					
7652	1-Fortalecer 100 % el seguimiento y control de la prestación del servicio de Alumbrado Público en el Distrito Capital.	SSFAP	50,0%	50,0%	Este avance se soporta en la gestión realizada en los informes mensuales de la supervisión a la interventoría técnica-operativa, social, administrativa, ambiental, regulatoria y jurídica, de seguridad industrial y salud en el trabajo. Verificando la gestión realizada por la SSFAP; el auditado reporta como evidencia los Informe de interventoría de enero a junio de 2021, lo que refleja un avance del 50% según segplan
7652	2-Fortalecer 100% la planeación, la gestión y la evaluación de la prestación del servicio de Alumbrado Público en el Distrito Capital, para su modernización	SSFAP	50,0%	50,0%	Esta meta proyecto corresponde al aumento en un 25% de la modernización a tecnología led del parque lumínico distrital, específicamente en el fortalecimiento del 100% de la planeación, gestión y evaluación de la prestación del servicio de alumbrado público en el distrito; de acuerdo con la información registrada en el documento SEGPLAN, como Meta Producto para la vigencia 2021 se programó la instalación de 23258 luminarias modernizadas y de acuerdo con la información suministrada renovaron 12395 luminarias, lo que refleja un avance del 53,29% de la meta programada para la vigencia. Se aportó como evidencia "Informe avance de Modernización en el servicio de alumbrado público de Bogotá".
7569	3-Garantizar el 100% de la contratación del personal para la actualización del PGIRS, mediante la entrega del documento de proyecto de Decreto y DTS	SRBL	0,0%	0,0%	Para el año 2021 la meta no tiene magnitud ni apropiación presupuestal.
7569	4-Implementar los 13 programas del PGIRS	SRBL	100,0%	54,0%	La SRBL informa que esta meta proyecto de inversión se mide con base en el cronograma que tiene estipulado para ello, igualmente con la actividad del PAI, donde SRBL está desarrollando 8 programas de los cuales para este trimestre según PAI se han realizado actividades de cuatro programas y los 4 restantes que están para realizar en el primer semestre sólo se evidencia capacitaciones y conformación de grupos de trabajo. Se procedió a verificar el cronograma adicional y éste corresponde es al proyecto de Programa de Recolección, Transporte y Transferencia donde se estipula cronograma de puntos críticos para el mes de Abril; por lo tanto no se puede evidenciar avance físico de todos los 8 programas. Según SEGPLAN se evidencia un avance físico del primer trimestre de 18% de lo proyectado que sería el 25% en el primer trimestre.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS					
7569	20-Desarrollar 2 consultorías a nivel de factibilidad para el tratamiento y aprovechamiento de residuos (META NUEVA CON RECURSOS QUE SE TRASLADARON DE LA META 1)	SRBL	76,00%	55,00%	Esta meta corresponde a dos consultorías 777 y 760 de 2020 en dichas consultorías existen procesos asociados como: diagnóstico, análisis de alternativas, factibilidad y pliegos de contratación; se observa que el proceso da una ponderación a cada uno de esos procesos que suman en total un 0,76 (cifra programada para la vigencia 2021), el proceso adjunto matriz donde se observa desagregado el avance de cada consultoría mes a mes.
7569	6-Estructurar 2 modelos de aprovechamiento para la ciudad por flujo de orgánicos y plásticos entre otros.	SAPROV	100,0%	100,0%	Durante el segundo trimestre de la vigencia 2021 se realizó la contratación de personal para la ejecución de actividades en el marco de la política de economía circular y del manejo integral de residuos sólidos. El Modelo de Aprovechamiento fue aprobado por la Secretaría Distrital de Ambiente, fue publicado en la página Web y divulgado a través de las redes sociales. Dentro del modelo de aprovechamiento se incluyeron los dos componentes que corresponden al flujo de orgánicos y plásticos.
7569	21-Desarrollar 2 modelos de aprovechamiento para la ciudad por flujo de residuos enmarcados a la política pública del servicio de aseo, priorizando orgánicos y plásticos.	SAPROV	50,0%	50,0%	Durante el segundo trimestre Modelo de Aprovechamiento se articuló con las actividades de los programas de la subdirección de aprovechamiento del PGIRS. Adicionalmente, se ha avanzado en la aprobación sectorial de la propuesta de política pública de gestión de residuos sólidos en el Distrito. Se está avanzando en la implementación de proyectos de aprovechamiento de residuos plásticos y orgánicos. No se evidencian avances significativos para la compra de predios, teniendo en cuenta las restricciones sobre el ejercicio de avalúo catastral en las bodegas del Barrio María PAZ.
7569	8-Propender por el 100% de procesos de fortalecimiento personal, técnico, empresarial y social para la población recicladora en general en el marco de la prestación del servicio público de aprovechamiento.	SAPROV	50,0%	50,0%	Durante los meses de abril, mayo y junio se desarrollaron 209 actividades de fortalecimiento en las que participaron 147 organizaciones, la gestión puede ser visualizada en la página https://www.uaesp.gov.co/content/fortalecimiento-organizaciones-recicladores con el fin de evidenciar la gestión de la Subdirección de aprovechamiento a la ciudadanía.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS					
7569	9-Contribuir a la formalización del 100% de la población recicladora registradas en RURO (y el fortalecimiento de las organizaciones de recicladores en el registro RUOR (Registro único de organizaciones de recicladores.	SAPROV	50,0%	50,0%	Durante el mes de abril se realizaron 79 actividades enfocadas en el fortalecimiento de las fases de formalización de 43 organizaciones registradas en el RUOR. Adicionalmente fueron realizadas 27 verificaciones en campo para atender las solicitudes de inclusión de 138 personas al RURO. Durante el mes de mayo se realizaron 183 actividades enfocadas en el fortalecimiento de las fases de formalización de 84 organizaciones registradas en el RUOR. Adicionalmente fueron realizadas 79 verificaciones en campo para atender las solicitudes de inclusión de 172 personas al RURO. El mes de junio se realizaron 267 actividades enfocadas en el fortalecimiento de las fases de formalización de 129 organizaciones registradas en el RUOR. Adicionalmente fueron realizadas 62 verificaciones en campo para atender las solicitudes de inclusión de 141 personas al RURO.
7569	10-Realizar el 100% de Acompañamiento técnico, administrativo y social para fortalecer la operación y gestión de las ECA en cumplimiento de la normatividad y los procedimientos de gestión implementados.	SAPROV	50,0%	50,0%	Se ha realizado el acompañamiento a las organizaciones que se encuentran ubicadas en las ECAS suministradas por la Entidad garantizando la adecuada operación de estas. Durante el I semestre se han arrendado tres bodegas para llevar a cabo actividades de separación, pesaje y/o transformación de material potencialmente aprovechable recolectado y transportado por recicladores de oficio. Se ha gestionado la compra de las Bodegas de Maria Paz, sin embargo se han presentado retrasos administrativos para el avalúo y poder realizar una oferta de compra.
7569	11-Desarrollar el 100 % de proyectos de innovación y desarrollo en pos del fortalecimiento de las cadenas de valor	SAPROV	50,0%	50,0%	En el mes de abril se realizaron 8 asesorías por parte de gestión social a los recicladores y 25 actividades dirigidas a 15 organizaciones para el fortalecimiento. En mayo se realizaron 2 asesorías por parte de gestión social a 13 recicladores y 27 actividades dirigidas a 18 organizaciones para el fortalecimiento. Durante junio se realizaron 5 asesorías por parte de gestión social a 66 recicladores y 267 actividades dirigidas a 129 organizaciones para la formalización. Durante el I semestre se ha contratado el equipo de gestores sociales, para realizar acompañamiento en la implementación de acciones afirmativas a la población recicladora de oficio, implementación de actividades de cultura ciudadana en el marco de la gestión de residuos sólidos e interlocución con los diferentes actores locales. No se suministra ningún plan de capacitación a la Oficina de Control Interno para su verificación por cuanto aunque se

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS					
					desarrollan actividades no es posible confrontarlos contra el plan de capacitación enunciado.
7569	22-Desarrollar el 100% de programas de Formación para la población recicladora de oficio.	SAPROV	50,0%	50,0%	En el mes de abril se realizaron 8 asesorías por parte de gestión social a los recicladores y 25 actividades dirigidas a 15 organizaciones para el fortalecimiento. En mayo se realizaron 2 asesorías por parte de gestión social a 13 recicladores y 27 actividades dirigidas a 18 organizaciones para el fortalecimiento. Durante junio se realizaron 5 asesorías por parte de gestión social a 66 recicladores y 267 actividades dirigidas a 129 organizaciones para la formalización. Durante el I semestre se ha contratado el equipo de gestores sociales, para realizar acompañamiento en la implementación de acciones afirmativas a la población recicladora de oficio, implementación de actividades de cultura ciudadana en el marco de la gestión de residuos sólidos e interlocución con los diferentes actores locales. No se suministra ningún plan de capacitación a la Oficina de Control Interno para su verificación por cuanto aunque se desarrollan actividades no es posible confrontarlos contra el plan de capacitación enunciado.
7569	13-Contratar el 100% del talento humano multidisciplinario para apoyo a la supervisión de las actividades concesionadas mediante ASE y gestión de hospitalarios	SRBL	50,0%	50,0%	La SRBL informa que esta meta proyecto de inversión se mide con el indicador y con un consolidado que se lleva por cada uno de los servicios, el área presenta documentos basados en la meta producto más no en la meta proyecto. Según SEGPLAN se tiene ejecutado para el este cuatrimestre un equivalente al 50% de ejecución del 100% programado para el año.
7569	15-Garantizar el 100% de la interventoría para la gestión de residuos hospitalarios	SRBL	50,0%	50,0%	La SRBL informa que esta meta proyecto de inversión se mide con el indicador y con un consolidado que se lleva por cada uno de los servicios, el área presenta documentos basados en la meta producto más no en la meta proyecto. Este indicador se actualiza de manera mensual. Según SEGPLAN se tiene ejecutado para el primer trimestre un equivalente al 50% de ejecución del 100% programado para el año.
7569	16-Remunerar el 100% de la gestión integral de residuos sólidos no cubiertos en la tarifa del servicio público de aseo	SRBL	50,0%	50,0%	La SRBL informa que esta meta proyecto de inversión se mide con el indicador y con un consolidado que se lleva por cada uno de los servicios, el área presenta documentos basados en la meta producto más no en la meta proyecto Según SEGPLAN se tiene ejecutado para el primer trimestre un equivalente al 50% de ejecución del 100% programado para el año.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS					
7569	1-Separar y tratar el 10% de RPCC / Plantas de tratamiento y aprovechamiento energético.	SDF	50,0%	50,0%	<p>La SDF reporta como evidencia base de datos consolidado materiales RPCC a corte 30 de junio de 2021, donde se observa un total de 20.505 toneladas de RPCC de la cual se efectuó separación del 39% que corresponde a lo que ingresa a punto limpio y atiende directamente a esta meta, así mismo adjuntan certificación que emite la Interventoría respecto de lo reportado.</p> <p>Al efectuar revisión con lo reportado en SEGPLAN se observa que el proceso registra un avance del 0,50, es claro que la SDF ha superado ampliamente el porcentaje programado, razón por la cual presenta una matriz donde señala que está meta tiene una planeación de cumplimiento del 8.33% mensual lo que suma a junio el 50% de avance.</p>
7569	2-Hacer monitoreo, seguimiento y control del 90% de toneladas en la disposición de residuos sólidos ordinarios	SDF	45,0%	45,0%	<p>Se observa, monitoreo de seguimiento y control de residuos sólidos ordinarios, para tal efecto el proceso soporta formato de pesaje RSJD consolidado, así como las debidas certificaciones.</p> <p>Referente al avance SEGPLAN registra un avance del 45%, la cual la SDF la soporta con matriz de programación donde se observa un porcentaje por mes de 7,5%.</p>
7569	18-Formular una (1) estrategia de cultura ciudadana "Reciclar es la salida" ("Bogotá verde", etc.) para la dignificación, separación en la fuente, orientada al cambio cultural y comportamental para la separación y el reciclaje.	SAPROV	50,0%	50,0%	<p>Se ha adelantado la contratación del personal para ejecutar las acciones encaminadas a la implementación de la Estrategia de cultura ciudadana "Asómate a la ventana y te contamos porque la Basura no es Basura" en los diferentes territorios de Bogotá, en articulación con el desarrollo de acciones afirmativas a la población recicladora de oficio, en el marco de la gestión de residuos sólidos.</p>
7569	19-Formular e implementar en el marco de una (1) estrategia de cultura ciudadana, las acciones pedagógicas por tipo de usuario orientados a generar conciencia y prácticas responsables del manejo de residuos.	SAPROV	50,0%	50,0%	<p>En la implementación de la estrategia de cultura ciudadana "Asómate a la ventana y te contamos porqué la Basura no es Basura", durante los meses de abril, mayo y junio se ha contado con la participación de 19.335 personas, adicionalmente se han realizado las sensibilizaciones en Entidades de Orden Nacional y Distrital en los que han participado 3.247 personas, así como en establecimientos comerciales, unidades residenciales, entre otros escenarios que han permitido aumentar la cantidad de residuos aprovechables en la ciudad.</p>

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Fuente: Instrumentos de evaluación OCI – Primer Semestre 2021 – Reporte Segplan a 30 de junio de 2021

Como resultado consolidador se obtiene que de 31 metas proyectos de inversión se cuenta con 21 de estas, con índices de cumplimiento superior o igual al 50% para el mes de junio de 2021, lo que representa (20/31) un **64.5%** de cumplimiento acorde a lo programado.

2.3. CONFORMIDAD – PAAC: Respecto al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, PAAC, se realizó verificación y seguimiento a 59 actividades programadas, con un resultado en promedio del **68,76%** para los 6 componentes.

COMPONENTE	ACTIVIDADES POR SUBCOMPONENTE	ACCIONES PREVISTAS	AVANCE
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción (Mapa de Riesgos)	5	5	77,9%
Componente 2: Racionalización de trámites	2	2	65%
Componente 3: Rendición de Cuentas	8	8	90%
Componente 4: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano	14	15	61,2%
Componente 5: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información	11	11	74,8%
Componente 6: Iniciativas adicionales	19	19	43,7%
TOTAL	59	60	68,76% PROMEDIO

2.3.1. El componente Gestión de Riesgos de Corrupción, registra un avance del 77,9%, equivalente al seguimiento de 5 actividades. Se observan las actividades 2.1 y 3.1 cumplidas al 100%, responsabilidad de Líderes y Gestores de Procesos y Direccionamiento Estratégico las actividades 1.1, y 4.1 responsabilidad del proceso Direccionamiento estratégico y Evaluación y mejora presentan un avance por encima de 65% y la actividad 3.21 presenta un avance del 50% responsabilidad de Direccionamiento Estratégico.

Componente 1. Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
Subcomponente 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción - Consulta y divulgación	1.1	Actualizar y socializar la política de gestión del riesgo en la entidad	70%	58%

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
Subcomponente 2 Revisión de los riesgos de Corrupción	2.1	Revisar, actualizar e identificar los riesgos de corrupción para la vigencia 2021	100%	
Subcomponente 3 Monitoreo o revisión	3.1	Actualizar y publicar el mapa de riesgos Institucionales 2021	75%	
	3.2	Reporte de monitoreo a las acciones establecidas para la mitigación de riesgos		
Subcomponente / proceso 4 Seguimiento	4.1	Realizar seguimiento cuatrimestral a las matrices de riesgos	66%	

2.3.2. El componente Racionalización de Trámites, registra un avance del 65%, dado que las áreas de SAPROV y SSFAP informan que se ha venido adelantado el plan de trabajo propuesto en la Mesa Técnica Política de Racionalización de Trámites. Sin embargo, con corte al 31 de agosto sólo se evidencian algunos avances por parte de SSFAP pero no se presentan avances concretos relacionados con la actividad de "Sistematizar el proceso interno de remisión y validación de la información registrada por los usuarios". También se evidencia una desarticulación entre el aplicativo SUIT y los documentos mencionados.

Componente 2. Racionalización de Trámites				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
Racionalización de trámites	1.1.	Registro RURO	80%	65%
Racionalización de trámites	1.2.	Solicitud de subsidio funerario	50%	

2.3.3. El componente Rendición de Cuentas, se observa un avance del 90% equivalente al seguimiento de 8 actividades, de las cuales las actividades 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 4.1 y 4.2 tienen un avance del 100%, responsabilidad de la Alta Dirección y Equipo de Rendición de Cuenta; y las actividades 3.1 y 2. Se encuentran entre el 67% y el 86% respectivamente.

Componente 3. Rendición de Cuentas				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1	Realizar un análisis del estado del proceso de rendición de cuentas	100%	90%
	1.2	Identificar las necesidades de información para la rendición de cuentas	100%	
	1.3	Identificar los canales de rendición de cuentas	100%	

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1	Realizar ejercicio de rendición de cuentas	100%	
	2.2	Acompañar la rendición de cuentas de los operadores que prestan los servicios que garantiza la UAESP	86%	
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1	Atender los compromisos y acciones de mejora identificados en los espacios de rendición de cuentas.	67%	
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1	Elaborar informes de resultados, logros y dificultades de los espacios de rendición de cuentas	100%	
	4.2	Socializar los resultados de rendición de cuentas con nuestros grupos de interés	100%	

2.3.4. El componente Atención al Ciudadano, presenta un avance del 61,2%, equivalente al seguimiento de 14 actividades, de las cuales 1.1, 1.3, 2.1, 3.1, 3.2, y 5.1 de Atención al Ciudadano, Direccionamiento Estratégico, Gestión de Comunicaciones y Talento Humano respectivamente se cumplieron al 100%, la actividad 2.2 responsabilidad de Direccionamiento Estratégico tiene avance del 70%, las demás actividades 1.2, 2.3, 4.1, 4.2, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5 respectivamente se encuentran en bajo nivel de cumplimiento entre 0% y el 58% responsabilidad de Servicio al Ciudadano, y de las áreas misionales. De las 15 actividades se observa el cumplimiento de 6 con el 100%, 4 incumplidas con un avance entre 0%, y los 5 restantes con un porcentaje de 33% al 58% de avance.

Componente 4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
Subcomponente1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1	Fortalecer la atención al ciudadano a través de los diferentes canales de atención	100%	61,2%
	1.2		0%	
	1.3	Adoptar la Política Pública Distrital del Servicio a la Ciudadanía en la UAESP	100%	
Subcomponente2 Fortalecimiento de los canales de atención	2.1	Realizar cuatro (4) seguimientos al cumplimiento de criterios diferenciales de accesibilidad en los canales de atención de la Unidad.	100%	
	2.2	Verificar la coherencia de la información reportada de los trámites en los diferentes portales de información de trámites a nivel nacional y distrital.	70%	
	2.3	Capacitar a los servidores en el uso de herramientas de inclusión	0%	

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS			
Subcomponente3 Talento humano	3.1	Realizar actividades de divulgación a los funcionarios y grupos de interés del proceso de Servicio al ciudadano.	100%
	3.2	Fortalecer las competencias de los servidores públicos en la atención del servicio al ciudadano	100%
Subcomponente4 Normativo y procedimental	4.1	Realizar campañas informativas sobre la responsabilidad de los servidores públicos frente a los derechos de los ciudadanos.	50%
	4.2	Divulgar la carta de trato digno a los grupos de interés	33%
Subcomponente5 Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Revisar y actualizar la caracterización de los grupos de interés de la Unidad.	100%
	5.2	Realizar la medición de satisfacción ciudadana para medir los criterios de calidad del servicio relacionados con las PQRS.	58%
	5.3	Aplicar la encuesta de la percepción del servicio al ciudadano de los trámites y servicios de la entidad	48%
	5.4	Identificar las necesidades de satisfacción de los usuarios con los trámites y servicios de la entidad	0%
	5.5	Identificar las expectativas y experiencias de los servidores públicos frente al servicio al ciudadano	0%

2.3.5. El componente Transparencia y Acceso a la Información, presenta un avance del 74,8%, equivalente al seguimiento de 11 actividades, de las cuales 2.2, 3.1, 3.3., 5.1, presentan un avance del 100% responsabilidad de Gestión de Comunicaciones, OTIC, Evaluación y Mejora; de otra parte, las actividades 1.1, 1.2, 2.1, 3.2, 3.4, 4.1, 5.2 responsabilidad de Direccionamiento Estratégico, todos los procesos, Servicio al ciudadano, Asuntos Legales, Gestión de Comunicaciones presentan avances entre 50% y 70% respectivamente. De las 11 actividades se cumplieron 4 van con avance de 100%, 7 con un avance entre 50% y el 71,8%.

Componente 5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE	PROMEDIO	
Subcomponente 1 Transparencia activa	1.1	Publicar el protocolo para la publicación de los contenidos mínimos de información en el botón de Transparencia y Acceso a la Información Pública	50%	74,8%
	1.2	Mantener actualizado el micrositio de transparencia de la Unidad con la	71,8%	

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS			
		información pública establecida en la Ley de Transparencia y Derecho de Acceso a la Información Pública.	
Subcomponente 2 Transparencia pasiva	2.1	Elaborar y publicar tres (3) informes de seguimiento sobre solicitudes de información pública recibidas en la Unida (Resolución 3564 de 2015 - MinTIC)	58%
	2.2	Identificar las necesidades de información que requiere conocer la ciudadanía frente a los servicios que garantiza la Unida	100%
Subcomponente 3 Instrumentos de gestión de la información	3.1	Revisar y actualizar el registro de activos de información e índice de información clasificada y reservada	100%
	3.2	Mantener actualizado el Esquema de Publicación de Información de la UAESP	70%
	3.3	Divulgar los datos abiertos de la UAESP	100%
	3.4	Publicación de información sobre contratación pública	66%
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	4.1	Implementar los criterios de accesibilidad en la página web de la Unida, establecidos por la Política de Gobierno Digital del Ministerio TIC.	67%
Subcomponente 5 Monitoreo	5.1	Realizar dos (2) seguimientos a las acciones de mejora de los informes de estado de PQRS de las dependencias de la Unida	100%
	5.2	Realizar seguimiento al cumplimiento de la ley de transparencia	66%

2.3.6. El componente Iniciativas Adicionales, presenta un avance del 43,7%, equivalente al seguimiento de 19 actividades, las actividades alistamiento (actividad 1 y 3), Armonización n (actividad 4), Diagnóstico (actividad 5), Implementación (actividad 7) presentan un avance del 100% responsabilidad de Grupo de formulación PAAC, Gestión de Talento Humano, Gestores de Integridad, Gestión de Innovación, para las siguientes Alistamiento (actividad 2) presenta un avance del 75%, del siguientes presentan, Implementación (actividades 6, 8, 9) con Seguimiento y Evaluación (actividad 12) presentan avances entre el del 50% y 60% respectivamente, responsabilidad de Gestores de Integridad; Gestión de Innovación, Gestión del Talento Humano, también se observa tanto para Implementación (actividades 10, 11) - Evaluación y Seguimiento (actividad 13) sin ningún avance con un porcentaje de 0%. Es decir (3) actividades no tienen avance.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
Componente 6. Iniciativas Adicionales				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE	PROMEDIO	
Subcomponente 1 Combatir la corrupción	1.1	Divulgar la Política para la identificación y de gestión de posibles conflictos de intereses de la UAESP.	50%	43,7%
	1.2	Formular e implementar la estrategia de conflictos de interés de la UAESP	50%	
	1.3	Divulgar la política antisoborno, antifraude y antipiratería de la Unidad	50%	
	1.4	Divulgar el canal de denuncia de hechos de corrupción y mecanismos de protección al denunciante de la UAESP	33%	
Subcomponente 2 Participación, responsabilidad y control social	2.1	Formular el plan de acción de participación ciudadana para la vigencia 2021	50%	
	2.2	Elaborar informes de seguimiento al plan de acción de participación ciudadana	0%	
Subcomponente 3 Plan de Integridad	Alistamiento	1. Formulación y Aprobación Plan de Gestión de Integridad 2021	100%	
		2. Curso de Integridad "Secretaría General Alcaldía Mayor de Bogotá" realizado por Gestores de Integridad	75%	
		3. Selección de Nuevo equipo de Gestores de Integridad	100%	
	Armonización	4. Revisión del Código de Integridad y de ser necesario hacer ajuste al mismo	100%	
	Diagnóstico	5. Resultados de encuesta de integridad divulgados a los colaboradores y funcionarios mediante canales internos (línea base del 2020)	100%	
	Implementación	6. Desarrollo de una actividad trimestral para la visualización del equipo de gestores de integridad en la entidad	50%	
		7. Desarrollo de mínimo una jornada semestral masiva de inducción - reinducción, en la que se incluya el tema de integridad (Incluir el tema de integridad y las	100%	

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS			
		políticas anticorrupción - conflicto de intereses; antisoborno -)	
		8. Desarrollo de una actividad bimensual para el fortalecimiento de la campaña "Uaesp pasión por Bogotá" (Incluir reconocimiento semestral de compañeros que sean ejemplo de los valores en la entidad y tips sobre canales de denuncia)	60%
		9. Generación de un espacio semestral de participación colectiva en el que se aborde el tema de integridad y se involucre a todos los funcionarios y colaboradores	50%
		10. Desarrollo de la semana de la integridad UAESP (Formato participativo de todas las áreas en las que cada una promueva un valor de forma creativa)	0%
		11. Proponer una metodología compartida para el desarrollo del tema de integridad en los Comités Primarios	0%
		12. Seguimiento al cumplimiento del plan de integridad	50%
		13. Aplicación de una encuesta virtual de integridad	0%
	Seguimiento		

Es importante resaltar las diferentes actividades que han evidenciado un avance del 100% a la fecha de corte de 31/08/2021, que son un total de 22 actividades de un total de 59 formuladas es decir hay un avance general de 37,28%; que su mayoría se encuentran en el componente 3. "Rendición de Cuentas", y algunas de los componentes 4 "Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano "y Componente 5 "Mecanismos para la Transparencia y acceso a la Información "

2.4. CONFORMIDAD RIESGOS DE CORRUPCIÓN: En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno - OCI al Mapa de Riesgos de Corrupción se observó que se formularon 15 riesgos con 21 controles para los procesos de la UAESP de la siguiente manera:

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

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Gestión Integral de Residuos Sólidos	2	2
Alumbrado Público	1	1
Servicios Funerarios	1	1
Gestión de Talento Humano	1	1
Gestión financiera	1	1
Gestión Documental	1	1
Gestión de Apoyo Logístico	1	1
Servicio al Ciudadano	1	1
Gestión de Asuntos Legales	2	3
Gestión de Tecnológica y de la Información	1	1
Evaluación Control y Mejora	1	4
TOTAL	15	21

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

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

Se observa que 12 de los 13 procesos tienen riesgo Extremo antes del control y a su vez se observa que (2) procesos presentan después de controles es decir riesgo residual Moderado, y (11) procesos restantes presentan riesgo alto y extremo después de evaluar los controles, con base en el consolidado anterior es importante que se revise la matriz de riesgos de corrupción toda vez que el riesgo debe mejorar después de controles, y su calificación es fuerte en la mayoría de procesos tanto en su diseño como en su solidez.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

De otra parte es importante informar que a la fecha de esta evaluación de Gestión Institucional para los procesos no se evidenció ninguna materialización de riesgos de corrupción.

2.5. CONFORMIDAD PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNO CONTRALORÍA DE BOGOTÁ D.C. Y CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA: Se observa un total de 206 acciones correctivas para los planes de mejoramiento externos, Contraloría de Bogotá D.C. – PMCB 187 acciones correctivas y Contraloría General de la Republica - PMCGR con 19 acciones correctivas. Es de aclarar que en el anexo Plan de Mejoramiento Contraloría de Bogotá D.C. se consignaron los hallazgos identificados por el ente de control mediante Informe final de Auditoría de Regularidad No. 187 PAD 2021, y 505 de visita de control fiscal los cuales se encuentran evaluados dentro de esta auditoría.

Para el PMCB se observan de acuerdo con el último informe final de Auditoría de Regularidad No. 187 PAD 2021 del pasado mes de mayo, y 505 igualmente con base en esta Evaluación a la Gestión Institucional se observa lo siguiente: 43 acciones cerradas, 64 para recomendación de cierre ante el ente de control 76 en proceso, 3 incumplidas y 1 cumplida ineficiente,

Es de aclarar que la Contraloría de Bogotá D.C. presento informe Final de Auditoría de Regularidad No. 187 PAD 2021, y 505 de visita de control fiscal respectivamente en el cual se formularon 25 hallazgos nuevos, los cuales fueron cargados deben en el aplicativo SIVICOF y en el PMCB que se monitorea desde la Oficina de Control Interno.

ACCIONES CORRECTIVAS PMCB y PMCGR			
ESTADO	PMCB	PMCGR	TOTAL
CERRADAS	43	7	50
RECOMENDACIÓN DE CIERRE	64	9	73
CUMPLIDA INEFICIENTE	1	0	1
EN PROCESO	76	0	76
INCUMPLIDAS	3	3	6
TOTAL	187	19	206

A continuación, se relacionan las acciones incumplidas de PMCB que se encuentran a esta evaluación de auditoría de tercer ciclo las cuales se relacionan a continuación con numero de hallazgo y proceso responsable.

Informe de auditoría interna

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

PRIMER MOMENTO											
No.	VIGENCIA	CODIGO AUDITORIA	PAD	No. HALLAZGO	CODIGO ACCION	FORMULA INDICADOR	AREA RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	ESTADO AUDITORIA CONTRALORIA DE	ESTADO ENTIDAD
4	2018	179		3.1.1.1	1	INSTRUCTIVO DISEÑADO / INSTRUCTIVO PROYECTADO POR 100	OFICINA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	24/07/2018	22/07/2019	INCUMPLIDA	INCUMPLIDA
65	2020	223	2020	3.3.1.12	1	(circularizaciones realizadas / circularizaciones programada) * 100.	Subdirección Administrativa y Financiera- Contabilidad	1/06/2020	30/03/2021	INCUMPLIDA	INCUMPLIDA
70	2020	223	2020	3.3.1.15	2	1 Informe mensual de Supervisión y Control / 10 informes de Supervisión y Control programados) * 100	Subdirección de Disposición Final - SDF	1/07/2020	8/06/2021	INCUMPLIDA	INCUMPLIDA

Para PMCGR, se observan 19 acciones correctivas de las cuales 7 se observan cerradas, 9 están para recomendación de cierre ante el ente de control y 3 se observan incumplidas. Lo anterior se encuentra con base en con el informe final de Auditoría de Regularidad No. 187 PAD 2021 con el seguimiento de Evaluación a la Gestión Institucional tercer ciclo.

A continuación, se relacionan las acciones incumplidas para el Plan de Mejoramiento de la Contraloría General de la República:

No. HALLAZGO	HALLAZGO	ACCION DE MEJORA	CALIFICACIÓN SEGÚN CONTRALORÍA DE BOGOTÁ D.C.	DEPENDENCIA RESPONSABLE
4	Así, la UAESP no responde sobre lo observado por la CGR en razón a que se evidenció, para los cinco operadores, una deficiencia en la operatividad del diseño de las micro rutas, respecto a la capacidad de los vehículos, que impacta en la infraestructura de la red vial de la Ciudad, sin que la UAESP implemente los correctivos	Remitir requerimientos a interventoría, solicitando seguimiento al peso de los vehículos conforme al Reglamento Operativo y, verificar en informes mensuales de las acciones de mejoramiento de los operadores frente a posibles excesos de peso de los vehículos	INCUMPLIDA	SRBL

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
	pertinentes para los ajustes operativos a los que haya lugar			
9	Debilidades en la supervisión ejercida por parte de la UAESP frente al reiterado incumplimiento de las obligaciones contractuales estipuladas en el Contrato 344 de 2010 por parte del concesionario, poniendo en riesgo la adecuada prestación del servicio de aseo en Bogotá DC, específicamente con lo relacionado con la disposición final y tratamiento de lixiviados, dado su impacto ambiental.	Verificar la reforma de la demanda ejecutiva con radicado 1100133406520190032300 de la rama judicial, solicitada ante la Subdirección de Asuntos Legales mediante radicado 20193000077943, para que se incluya el contenido de las demás condenas establecidas en el laudo arbitral que se encuentran en mora de cumplimiento por parte del Concesionario CGR.	INCUMPLIDA	SDF
9	Debilidades en la supervisión ejercida por parte de la UAESP frente al reiterado incumplimiento de las obligaciones contractuales estipuladas en el Contrato 344 de 2010 por parte del concesionario, poniendo en riesgo la adecuada prestación del servicio de aseo en Bogotá DC, específicamente con lo relacionado con la disposición final y tratamiento de lixiviados, dado su impacto ambiental.	Suscripción de un plan de cumplimiento y/o inicio de las acciones judiciales y/o administrativas contra CGR con el fin de que éste cumpla sus obligaciones.	INCUMPLIDA	SDF

Fuente: Plan de Mejoramiento Contraloría General de la República 2021

2.6. ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO: A cierre del 30 de septiembre 2021 el plan de mejoramiento interno cuenta con 335 acciones, de las cuales 127 son correctivas y 208 son de mejora; se puede observar que en total 206 se encuentran cerradas es decir el 61% de acciones del plan ya fueron cumplidas.

2.7. ACCIONES PLAN DE MEJORAMIENTO VEEDURÍA: A 30 de septiembre 2021, se observa que el Plan de Mejoramiento de la Veeduría cuenta con quince acciones de las cuales 2 ya están cerradas y 13 en proceso, es de señalar que estas últimas corresponden a las auditorías efectuadas en diciembre de 2020 y junio 2021 por lo tanto se encuentran en tiempos oportunos para su ejecución:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

ESTADO	PM
RECOMENDACIÓN CIERRE	2
EN PROCESO	13
TOTAL	15

2.8 RIESGOS DE GESTION. CONFORMIDAD: ACTUALIZACION RIESGOS DE GESTION INSTITUCIONAL: En el seguimiento realizado por la OCI a los Mapas de Riesgos de Gestión con corte al 31 de julio del 2021, se identificaron (22) riesgos y (70) controles a nivel institucional. La tabla a continuación detalla por dependencia los riesgos, controles establecidos y la solidez de los controles de acuerdo con el análisis realizado de la efectividad de estos, en el periodo evaluado:

PROCESO	N° RIESGOS	N° CONTROLES	SOLIDEZ CONTROLES
GESTION DE COMUNICACIONES	1	4	100%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	3	16	68,8%
GESTION TECNOLOGICA	2	7	32,1%
SUBDIRECCION ADM Y FINANCIERA	8	24	100%
SUBDIRECCION DE ASUNTOS LEGALES	2	7	100%
SUBDIRECCION DE APROVECHAMIENTO	1	1	50%
SUBDIRECCION DE DISPOSICION FINAL	1	4	87,5%
SUBDIRECCION DE RECOLECCION BARRIDO Y LIMPIEZA	1	4	100%
SUBDIRECCION DE SERVICIOS FUNERARIOS Y ALUMBRADO PUBLICO	3	3	79,2%

Como se puede observar en la anterior tabla, cuatro procesos tienen una efectividad del 100% en la solidez de los controles, dentro de los seguimientos efectuados a cada proceso,

Se observó que algunos controles identificados para mitigar los riesgos de gestión presentan baja solidez, en especial los procesos de la SAPROV y TIC, se recomienda implementar mecanismos desde la 1ª Línea de defensa basados en los principios del MECI frente a la responsabilidad del autocontrol en el diseño de controles que permitan el aseguramiento de los procesos y proyectos de inversión.

2.9 RECURSOS CONTRACTUALES Y PRESUPUESTALES:

2.9.1 VERIFICACIÓN OBJETOS CONTRACTUALES PREVISTOS PARA LA VIGENCIA

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

El análisis contractual al 31 de agosto del 2021 fue efectuado comparando el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) del SECOP al 26/08/2021 contra la información de los contratos suscritos la cual nos fue suministrada por la Subdirección de Asuntos Legales con corte al 31/08/2021, evidenciando un avance general del 67% frente a lo programado, así:

Dependencia	PROGRAMADO PAA 2021	Archivo SAL al 31/08/2021	% de avance
Subdirección de Aprovechamiento	189	112	59%
Subdirección Administrativa y Financiera (SAF)	139	90	65%
Subdirección de Recolección, barrido y limpieza	120	79	66%
Subdirección de Disposición Final	98	67	68%
Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público	70	56	80%
Subdirección de Asuntos Legales (SAL)	64	52	81%
Oficina de Tecnologías de la información (OTIC)	40	22	55%
Oficina Asesora de Planeación	29	19	66%
Oficina Asesora de Comunicaciones	26	18	69%
Oficina de Control Interno	4	3	75%
Dirección General	3	7	233%
OTIC y SAF	-	1	-
OTIC / Funerarios	-	1	-
Total	782	527	67%

Determinamos algunos rezagos frente a lo planeado durante el primer trimestre, por lo que recomendamos efectuar seguimiento a las diferencias, determinar causas y tomar las acciones necesarias para cumplir con lo programado durante la vigencia 2021.

2.9.2 RESERVAS PRESUPUESTALES:

Al cierre de la vigencia 2020 fueron constituidas reservas por valor de \$45.029 millones las cuales al 31/07/2021: presentan giros acumulados por \$27.425 millones y anulaciones por \$922 millones. El saldo de las reservas al cierre de julio del 2021 fue de \$16.681 millones (\$14.768 millones menos que al 31/03/2021). El valor está distribuido así:

Dependencias	Valor Reserva Constituida \$	Anulaciones Acumuladas \$	Giros Acumulados \$	Saldo Reserva \$	% particip.
Subdirección de Disposición Final	10.186.586.040	31.821.500	4.399.375.374	5.755.389.166	35%
Subdirección de RBL	14.586.793.756	274.454.998	8.958.700.088	5.353.638.670	32%
Subdirección Administrativa y financiera	5.643.280.125	24.105.791	4.028.335.548	1.590.838.786	10%
Subdirección de servicios funerarios / alumbrado2	5.451.131.572	11.318.186	4.333.561.380	1.106.252.006	7%

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS					
Subdirección de Asuntos Legales	1.684.571.135	-	1.036.829.357	647.741.778	4%
Oficina Asesora de Comunicaciones	779.787.974	22.250.000	160.504.639	597.033.335	4%
Subdirección de Aprovechamiento - Comunicaciones	570.000.000	-	115.909.360	454.090.640	3%
TIC	1.626.149.739	-	1.196.267.904	429.881.835	3%
Subdirección de RBL - legales	458.150.000	-	29.750.000	428.400.000	3%
Subdirección de Aprovechamiento	3.799.402.283	545.399.709	2.937.279.625	316.722.949	2%
Oficina Asesora de Planeación	189.354.635	-	188.140.343	1.214.292	0%
Oficina control interno	38.133.332	-	38.133.332	-	0%
Subdirección de Aprovechamiento - Legales	15.800.000	13.430.000	2.370.000	-	0%
Total	45.029.140.591	922.780.184	27.425.156.950	16.681.203.457	100%

2.10 PASIVOS EXIGIBLES:

El saldo de los pasivos exigibles al 31 de julio del 2021 fue de \$14.750 millones (\$5.332 millones menos que el saldo al 31/03/2021), distribuidos así:

Dependencia	Saldo a Julio \$ COL	% participación
Subdirección Recolección, Barrido y Limpieza	10.215.728.954	69,3
Subdirección de servicios funerarios y alumbrado público	1.747.629.801	11,8
Subdirección de asuntos legales	722.531.527	4,9
Subdirección de Aprovechamiento	649.810.473	4,4
Subdirección de Disposición Final	486.626.204	3,3
Subdirección Administrativa y Financiera	354.690.976	2,4
Por determinar área responsable	156.389.417	1,1
Oficina Asesora de Comunicaciones	107.334.068	0,7
Oficina de TIC's	104.523.866	0,7
Dirección General	98.611.358	0,7
Oficina Asesora de Planeación	89.545.746	0,6
Subdirección de Aprovechamiento/comunicaciones	16.807.246	0,1
Total general	14.750.229.636	100,0

3. OBSERVACIONES

3.1. PLAN DE MEJORAMIENTO EXTERNO (CONTRALORIA DE BOGOTÁ D.C. y CONTRALORÍA GENERAL DE LA RESPUBLICA: Se observó debilidades en la presentación de evidencias y autoevaluación a las acciones, indicadores y metas para las acciones correctivas del Plan de Mejoramiento de la Contraloría de Bogotá D.C., por parte de la Subdirección de Disposición Final, incumpliendo con lo establecido en los numerales 10 Mejora y 10.2 No conformidad y acción correctiva de la Norma ISO 9001:2015.

3.2. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO – PAAC:

3.2.1. ACTIVIDADES CON 0% DE AVANCE – INCUMPLIDAS: Se observa seguimiento a las actividades de los componentes del PAAC, se evidencian observaciones a lugar, como son: Componente 4. “Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano” se observa que las actividades 1.2, 2.3, 5.4, 5.5 al igual que el Componente 6. “Iniciativas Adicionales” Actividades 2.2, Implementación (actividades 10,11), Seguimiento y evaluación (actividad 13) no presentan avance en la gestión, lo que se evidencia un 0%; aunque se encuentran dentro de la fecha definida para realizar las actividades.

En el Componente 1. “Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción” la actividad 3.2 presenta un avance del 50% este rango se encuentra como “bajo” según la guía del DAFP, sin embargo, aún se encuentra dentro de la fecha planeada para ejecución de la actividad.

3.2.2. COMPONENTE 2. RACIONALIZACION DE TRAMITES: Es importante tener en cuenta que, al cierre de la Evaluación por Dependencias del segundo cuatrimestre, la OCI no pudo hacer el seguimiento a la estrategia de la racionalización de trámites en el SUIT, toda vez que los trámites a racionalizar para la presente vigencia se encuentran desarticulados con los cargados en la plataforma.

Para el proceso de SAPROV no se observó avance en las respuestas de las preguntas que se deben validar en SUIT.

Para el proceso de SSF, se evidencia avance en la gestión con base en las preguntas, sin embargo, según la evaluación de OCI se observa en 50% de avance.

3.2.3. COMPONENTE 1 “Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción”; (Actividad 2.1): no se observa en el PAAC la actualización e incorporación de las directrices de nueva guía de riesgos del DAFP, por lo tanto, es importante tener en cuenta la observación que hace la OCI en el mismo PAAC así: “Actualizar el procedimiento y política de riesgos con base en la última versión de la metodología del DAFP, en virtud del deber descrito en el artículo 2.2.21.5.5 del Decreto 1083 de 2015” y alinear los documentos en virtud de la nueva guía.

3. OBSERVACIONES

3.2.4. COMPONENTE 5. “Mecanismos para la transparencia y acceso a la información”, actividad 2.1 hace referencia a: Elaborar y publicar tres (3) informes de seguimiento sobre solicitudes de información pública recibidas en la Unidad (Resolución 3564 de 2015 - MinTIC).

Por lo anterior se observa que se está trabajando sobre una resolución que se encuentra derogada, es decir el Plan no se encuentra alineado a normas vigentes, es así que se debe tener en cuenta para este PAAC ajustar con la Resolución MinTIC 1519 de 24 de agosto de 2020, por la cual **“se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos”**

No obstante, se realizó una auditoría Interna al Portal Web de la UAESP conforme a la política de Gobierno Digital Vigente e Índice de Gobierno Abierto.

3.2.5. Para los Componentes cuyas actividades se encuentran en rango bajo según la guía del DAFP donde se expone que el nivel de cumplimiento de las actividades plasmadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, medido en términos de porcentaje. De 0 a 59% corresponde a la zona baja (color rojo). De 60 a 59% es Rojo De 60 a 79% es Amarillo de 80 a 100% es Verde Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano 48 a 79% zona media (color amarillo). De 80 a 100% zona alta (color verde). Actividades cumplidas/Actividades programadas, es importante avanzar en la gestión de las actividades y así llegar a la zona de cumplimiento alta.

3.3. GESTIÓN PRESUPUESTAL Y CONTRACTUAL:

En los pasivos exigibles al 31/7/2021 existe un valor de \$156 millones (no ha disminuido respecto a nuestro último seguimiento al 31/03/2021 los cuales indican que no se ha determinado el área responsable de su gestión y cuyo saldo feneció en los años 2006 y 2007, así:

(pesos)			
Año acta de fenecimiento	Detalle beneficiario	Nit	Saldo neto
2007	Unión temporal Polanco Bernal arquitectos Ltda. - arquitecturas instalaciones con asesoría técnica Ltda.	900110401	60.000.000
2007	Universidad Nacional De Colombia ***	899999063	54.545.702
2007	Secretaria General ***	899999061	28.599.000
2007	Lina María Enríquez Caicedo	52883616	3.640.000
2007	Yesid Jiménez Quimbaya ***	19142522	3.500.000
2006	Wilson Orlando López Cortes ***	7316784	2.793.104
2006	CONSORCIO R.S. ***	830074455	1.743.384
2007	consorcio 20 de julio 2003 ***	830126700	1.235.100
2007	Curaduría urbana no. 1	19301852	298.326
2007	FUNDES COLOMBIA	800049008	34.801
Total			156.389.417

3. OBSERVACIONES

(*** = no tienen información del número de la disponibilidad ni del número de registro presupuestal).

3.4. METAS PROYECTOS DE INVERSIÓN:

3.4.1. OBSERVACIÓN: Producto del ejercicio de evaluación y seguimiento que desarrolló la Oficina de Control Interno, es posible evidenciar un total de nueve (10) metas asociadas a los proyectos de inversión, con deficiencias en los procesos de evidencias o la falta de gestión para el primer semestre de 2021, así:

META PROYECTOS		OBSERVACIONES			
PROYECTO	METAS PROYECTOS DE INVERSIÓN 2020-2024	DEPENDENCIA RESPONSABLE	% AVANCE AL 30-06-2021 SEGPLAN	% AVANCE AL 31-06-2021 AUDITORIA	OBSERVACIONES x METAS DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
7628	1- Ejecutar 1 (Un) estudio de cargas y reforzamiento estructurales si así fuere, subsanando las necesidades que contribuyan a fortalecer y mantener la infraestructura física.	SAF	100%	0,08%	El subdirector Administrativo y Financiero reporta un diagrama de Gantt del proyecto con corte al 30 de junio del 2021, el cual arroja un avance del 94%.
7628	3- Establecer e implementar 1(Un) patrón de procesos y actividades que aumenten el fortalecimiento organizacional de la unidad.	SAF- OCI- OAP- OACRI	60%		Al verificar el comportamiento y descripción de la meta (K)3 del proyecto de inversión 7628 - "Fortalecimiento efectivo en la gestión de entidades del sector Hábitat fortalecidos", no se evidencia un conjunto o la variable que permita identificar la magnitud o el avance físico logrado con la ejecución presupuestal. Lo anterior, ante una posible debilidad en el proceso de conformación del patrón de procesos formulado para la meta 3 del proyecto 7628, al no identificar un ejercicio coherente entre avance físico y presupuestal
7628	4- Realizar el 100de los mantenimientos correctivos, preventivos adecuaciones y reparaciones a que haya lugar para fortalecer la infraestructura física de las sedes administrativas de la UAESP	SAF	100%	0%	No Hay ejecución de recursos a lo largo de la vigencia de un presupuesto en Segplan de 214 millones para 2021.

3. OBSERVACIONES					
7644	1-Ampliación del 50% de la capacidad instalada de bóvedas, osarios y cenizarios en los cementerios distritales.	SSFAP	5%	0%	Esta meta proyecto corresponde a la ampliación y revitalización de los servicios funerarios, específicamente en la ampliación del 50% de la capacidad instalada de bóvedas y osarios, para el año 2021 se tiene programado la construcción de dos nuevos mausoleos en el cementerio parque Serafín, para el segundo trimestre de la vigencia 2021 no se presentó ningún avance físico en la Obra 0%.
7644	2- Fortalecer 100% la gestión para realizar proyectos de revitalización, modernización, regularización, desarrollo, ampliación, adecuación y/o restauración de los servicios funerarios en los cementerios	SSFAP	100,0%	20%	Esta meta corresponde a la ampliación y revitalización de los servicios funerarios, específicamente en la modernización. Para la vigencia 2021 se asignaron recursos con el fin de realizar adecuaciones en los cementerios del distrito, sin embargo dentro de las evidencias allegadas no se observó el plan de trabajo. No obstante, los contratos celebrados guardan relación con la prestación de los servicios funerarios, con un avance según segplan del 20%.
7660	1-Otorgar 12.500 subvenciones o ayudas a la población vulnerable que cumplan los requisitos, para acceder a los servicios funerarios del Distrito	SSFAP	100,0%	39,31%	De acuerdo con la verificación realizada en el segplan, la SSFAP programó para la vigencia 2021 la entrega de 3396 subvenciones para la población vulnerable de Bogotá; al verificar en el informe consolidado de subsidios vigencia 2021, se observa que la SSFAP entregó 1335 subvenciones, presentando un avance del 39% acumulado al segundo trimestre del 2021.
7660	2-Desarrollo de 4 campañas para incentivar un cambio cultural orientado al uso de la cremación como servicio de destino final. (SSFAP	100,0%	0,0%	No se reporta gestión adelantada ante el SEGPLAN a pesar de que la Meta proyecto de inversión no tiene apropiación presupuestal.
7569	14-Ejecutar el 100% de los recursos destinados a obligaciones de hacer para el mejoramiento del estándar de calidad y continuidad del servicio público de aseo.	SRBL	100,0%	8,0%	Al corte de esta auditoría se evidencia que a julio de 2021 continúa sin ejecución de esta meta proyecto de inversión, el área manifiesta que a partir de septiembre se indicó el proceso de ejecución por un costo de \$17.110,4 millones, por lo tanto esto se reflejará en la auditoría siguiente.
7569	17- Realizar Saneamiento predial a través de 1 modelo adecuado de servicios públicos e infraestructura	SDF	50,0%	0,0%	El proceso informa que está pendiente de un fallo judicial para poder ejecutar las acciones propias de la meta, el SEGPLAN reporta un seguimiento del 0,50; sin embargo, al consultar en entrevista si bien se evidencia gestión, la misma no representa el avance físico de la meta. Cabe notar que actualmente la SDF se encuentra construyendo un informe técnico donde se plasma la trazabilidad de lo realizado frente a esta meta.

3. OBSERVACIONES

7569	23-Ejecutar el 100% de los recursos destinados a la implementación de un modelo eficiente y sostenible de gestión de residuos.	SDF	100,0%	4,0%	A 30 de junio de 2021 de acuerdo con reporte SEGPLAN se ha avanzado en 10% información que no es coherente con la ejecución presupuestal ya que la misma reporta avance del 4%. Es importante mencionar que esta meta es de carácter netamente presupuestal.
------	--	-----	--------	------	--

Fuente: Instrumentos de evaluación OCI – Primer semestre 2021 – Reporte SEGPLAN a 30 de junio de 2021

3.4.2. OBSERVACIÓN: Al verificar el comportamiento y descripción de la meta (K)3 del proyecto de inversión 7628 - "*Fortalecimiento efectivo en la gestión de entidades del sector Hábitat fortalecidos*", se reitera que no se evidencia un conjunto o la(s) variable(s) que permita(n) identificar la magnitud o el avance físico logrado con la ejecución presupuestal. Lo anterior, ante una posible debilidad en el proceso de conformación del patrón de procesos formulado para la meta 3 del proyecto 7628, al no identificar un ejercicio coherente entre avance físico y presupuestal.

3.5. RIESGOS DE GESTIÓN - MRG: Dentro de los seguimientos efectuados en el primer semestre de la vigencia, a cada proceso, se observó que algunos controles identificados para mitigar los riesgos de gestión presentan baja solidez, en especial los procesos de la SDF y TIC.

3.6. RIESGOS DE CORRUPCIÓN - MRC: Se observa que no hay materialización de riesgos de corrupción, en los procesos de SAF y OTIC se deben tener en cuenta recomendaciones a lugar, para SAF indica que a los riesgos de corrupción debe efectuarse un seguimiento mensual con el objeto de evitar a toda costa su materialización y para OTIC se observan debilidades al seguimiento de la acción de control e indicador definidas, documentación y gestión de este (primera línea de defensa) es necesario tener en cuenta las recomendaciones para evitar que el riesgo se materialice. Para la mayoría de los procesos se debe revisar el cálculo de riesgo inherente y riesgo residual, puesto que se observa un riesgo residual en su mayoría alto.

3.7 PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO: El plan de mejoramiento interno a corte 30 de septiembre 2021, cuenta con nueve No conformidades incumplidas y cinco vencidas en proceso, por su parte en lo que corresponde a las observaciones, hay veintiún 21 acciones incumplidas y tres vencidas en proceso.

TIPO DE HALLAZGO	ESTADO	Cuenta de No.
No Conformidad		127
	Cerrada	72
	En Proceso	29
	Incumplida	9
	No se ha Comunicado Tratamiento	11
	Vencida en Proceso	5

3. OBSERVACIONES

	Cerrada sin tratamiento	1
Observación		208
	Cerrada	79
	En Proceso	29
	Incumplida	21
	No se ha Comunicado Tratamiento	55
	Vencida en Proceso	3
	Cerrada sin tratamiento	21
Total general		335

A continuación, se relacionan las áreas que no tienen acciones incumplidas y vencidas en proceso:

TIPO DE HALLAZGO	PROCESO Y/O AREA RESPONSABLE	Cuenta de No.
No Conformidad		14
	Direccionamiento Estratégico	1
	Direccionamiento Estratégico - AREAS MISIONALES	1
	Gestión Financiera	1
	Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	7
	Gestión Tecnológica y de la Información	1
	SAF - Secretaria ejecutiva	1
	Subdirección Administrativa y Financiera - Contabilidad.	2
Observación		24
	Direccionamiento Estratégico	2
	Direccionamiento Estratégico - Servicios Funerarios - Alumbrado Público	1
	Direccionamiento Estratégico - AREAS MISIONALES	2
	Direccionamiento Estratégico - Gestión Financiera	1
	Direccionamiento Estratégico -Gestión Financiera - Aprovechamiento	1
	Gestión Financiera - Gestión Documental	1
	Gestión Financiera - Gestión Tecnológica y de la Información	2
	Gestión Tecnológica y de la Información	12
	Servicio al Ciudadano	1
Total general		38

Se observa que hay en total sesenta y seis acciones de las cuales no se ha remitido tratamiento o información de no tratamiento (aplica para observaciones), algunas registran en blanco o con cargo a la Dirección General, para estos dos casos está pendiente definir responsable; a continuación se relacionan las áreas pendientes de definir tratamiento.

3. OBSERVACIONES		
TIPO DE HALLAZGO	PROCESO Y/O AREA RESPONSABLE	Cuenta de No.
No Conformidad		11
	Dirección General	1
	Gestión Financiera	6
	Subdirección Disposición final	4
Observación		55
	Apoyo Logístico	1
	Dirección General	7
	Gestión de las Comunicaciones	1
	Gestión Documental	1
	Gestión Financiera	15
	Gestión Financiera, Gestión Logística	1
	Proceso de Alumbrado Público y Proceso de Servicio al Ciudadano	1
	Proceso de Servicio al Ciudadano	3
	Proceso Gestión de las Comunicaciones	1
	Subdirección Administrativa y Financiera (todos los procesos de SAF)	4
	Subdirección de Aprovechamiento - Gestión Tecnológica y de la Información	1
	Subdirección Disposición final	3
	Todos los procesos de SAF	3
	(en blanco)	11
Total general		66

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

No.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
1	<p>RESPONSABLES: OAP – SAPROV – SSFAP – Líder de Acción Correctiva : OAP</p> <p>Al verificar el PAAC vigencia 2021 de la Unidad, componente <i>Racionalización de Trámites</i>, se observa que las metas previstas en la Unidad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistematizar el proceso interno de remisión y validación de la información registrada por los usuarios, cuyo responsable de gestión es la Subdirección de Aprovechamiento. • Sistematizar el proceso interno de registro y validación de la información registrada por los usuarios, bajo el liderazgo de la Subdirección de Servicios Funerarios. Alumbrado Público. <p>Durante seguimiento, y en términos generales, se concluye que con corte a agosto de los corrientes se informa que esa en ejecución, sin embargo, no se encuentra documentado.</p> <p>Al constatar con los inscritos en el SUIIT para la vigencia 2021, se observa que son diferentes, dado registro en aplicativo y siguiente imagen:</p> <p>Imagen 1. Registro en aplicativo SUIIT</p>  <p>Fuente: Captura de pantalla tomado del aplicativo SUIIT, bajo usuario asignado a la Oficina de Control Interno.</p>	<p>Artículo 9º de la Resolución DAFP No. 1099 de 2017</p>

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

De acuerdo con lo anterior, y según aplicativo SUIE los datos de los trámites a racionalizar son: i) *Inhumación de cadáveres, restos y/o cenizas en bóvedas osarios y cenizarios propiedad del Distrito; ii) Exhumación de cadáveres, restos y/o cenizas en bóvedas, osarios o cenizarios propiedad del Distrito; y, iii) Cremación de cadáveres y restos humanos*

Lo anterior evidencia desarticulación entre los dos documentos mencionados respecto de la estrategia de racionalización para la vigencia 2021, en contravía de lo descrito en el artículo 9° de la Resolución DAFP No. 1099 de 2017, “*Por la cual se establecen los procedimientos para autorización de trámites y el seguimiento a la política de racionalización de trámites*”:

- “...Cada entidad deberá registrar en el Sistema Único de Información de Trámites -SUIE, la estrategia de racionalización de trámites del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de que trata la Ley 1474 de 2011...” (Subrayas fuera de texto)

Lo anterior, evidencia debilidades en la operación, según parágrafo 1° del artículo 9° de citada Resolución, dado que al constatar en el aplicativo y generar reporte no se evidencia registros de monitoreo (primera y segunda línea de defensa) que permitan conocer avances o estados de estos (Ver reporte en Anexo 1), limitando la labor de la Oficina de Control Interno en virtud de la función establecida en el artículo 2.1.4.6 del Decreto (Compilatorio) 1081 de 2015 (y modificatorios).

5. CONCLUSIONES

- 5.1. La gestión de la Entidad se estima en un 58.8% con corte al 31 de julio de 2021, basado en los porcentajes de cada uno de los procesos producto del seguimiento. Dado el promedio de los resultados de la gestión institucional evaluada en las dependencias/procesos indicados en el presente documento. Resaltamos que en este promedio no está incluido el proceso de “Evaluación y Mejora” a cargo de la Oficina de Control Interno. Lo anterior, implica un incremento de 15.98 puntos porcentuales respecto de la evaluación con corte al 31 de abril de 2021.

5. CONCLUSIONES

- 5.2. Resultado de la evaluación de los Planes de Acción Institucionales - PAI por dependencias, de un total de 52 actividades principales; se evidencia un avance promedio del 48% con corte al mes de julio de 2021.
- 5.3. Conforme la programación de las metas asociadas al interior de los proyectos de inversión de la 5.3. UAESP, es evidente que 21 metas (70%), presentan conformidad frente a la gestión y avance de cumplimiento. No obstante, 10 metas (30%) evidencian debilidades en el cumplimiento de estas por falta de gestión e inoportunidad o falta de los soportes necesarios para determinar el avance.
- 5.4. Se observa seguimiento a las actividades de los componentes del PAAC y al Mapa de riesgos de Corrupción con corte al 31/08/2021, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011. No obstante, se evidencia desarticulación entre el PAAC respecto de la estrategia de racionalización para la vigencia 2021, por cuanto lo anterior, va en contravía de lo descrito en el artículo 9º de la Resolución DAFP No. 1099 de 2017, *“Por la cual se establecen los procedimientos para autorización de trámites y el seguimiento a la política de racionalización de trámites”*:
- 5.5. Para el segundo cuatrimestre del 2021, se observa en general la documentación de controles para los riesgos de gestión y el seguimiento de las acciones por parte de los procesos, para prevenir la materialización de los riesgos.
- 5.6. Se observa seguimiento a los Planes de mejoramiento externo Contraloría de Bogotá D.C. y Contraloría General de la Republica. No obstante, se observa el incumplimiento para el cierre de acciones correctivas, debido a que no se presentan las evidencias necesarias para recomendar cierre por los procesos.
- 5.7. A cierre del 30 de septiembre 2021 el plan de mejoramiento interno cuenta con 335 acciones, de las cuales 127 son correctivas y 208 son de mejora; se puede observar que en total 206 se encuentran cerradas es decir el 61% de acciones del plan ya fueron cumplidas.

6. RECOMENDACIONES

- 6.1. Realizar seguimientos en tiempo y oportunidad a las acciones, indicadores y metas de las actividades establecidas y formuladas por los procesos en el PAAC para la vigencia 2021. En tal sentido, se requiere que la ciudadanía tenga la posibilidad de extraer un PAA acorde con la realidad y no con montos sobrevalorados como ocurre en la actualidad por falta de actualización en cuanto a objetos contractuales y recursos o presupuestos disponibles para la contratación.

6. RECOMENDACIONES

- 6.2. Se reitera la necesidad de realizar el seguimiento correspondiente en tiempo y oportunidad presentando evidencias que soporten el cierre de las acciones correctivas tanto para los planes de mejoramiento interno y externo para evitar sanciones por los entes de control, activándolos por medio de los comités primarios o directivos que permitan identificar decisiones y la mejora correspondiente.
- 6.3. Fortalecer desde la nueva guía metodológica del DAFP la cultura de la administración del riesgo en los 3 niveles de la Entidad con el fin de garantizar el adecuado desarrollo y mitigación del riesgo que permita determinar acciones y definir estrategias para la toma de decisiones.
- 6.4. Una vez se actualicen los procedimientos de la gestión del riesgo, socializar con cada uno de los líderes de los procesos y proyectos, la nueva metodología que establezca la Entidad para la administración del riesgo, en especial la formulación y diseño de controles, con el fin de establecer actividades de control que cumplan con los criterios establecidos que permitan como primeras líneas de defensa mitigar los posibles riesgos generados.
- 6.5. Armonizar el Plan Anual de Adquisiciones (PAA), dentro del control de la ejecución presupuestal, realizando monitoreo permanente, teniendo en cuenta las reprogramaciones realizadas.
- 6.6. Generar informes mensuales por proceso de seguimiento a la ejecución del PAA, que permitan establecer alertas a nivel directivo y tomar correctivos al respecto.
- 6.7. Aumentar la gestión que permita acelerar la depuración de los pasivos exigibles y gestionar los pagos de reservas presupuestales, teniendo en cuenta que a la fecha del presente informe aun se evidencian altos niveles de compromisos por cancelar o liquidar respectivamente.
- 6.8. Enviar la información a las diferentes dependencias de la UAESP de los pasivos exigibles por valor de \$156 millones que no tienen identificada el área responsable de su gestión para que contribuyan a identificar el responsable de estos saldos, así tomar las acciones correspondientes para su reducción. Se sugiere tramitar caso ante el grupo de Gestión Disciplinaria interna dado los riesgos que trae para la entidad la falta de coordinación para su debida atención y liquidación.

Informe de auditoría interna

APROBACIÓN:	
 Jefe(a) de Oficina de Control Interno	 FIRMA (S) Auditor(es) Interno(s)
FECHA: 4 – OCTUBRE – 2021	

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