

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO

NOVIEMBRE DE 2018 – FEBRERO DE 2019

En cumplimiento con lo descrito en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, se presenta el informe pormenorizado del Sistema de Control Interno correspondiente al periodo comprendido entre 12 de noviembre de 2018 y 28 de febrero de 2019.

De conformidad con el Decreto 1083 de 2015 y modificatorios, el Sistema de Control Interno se basa en el Modelo Estándar de Control Interno MECI, cuyos componentes están definidos en el Modelo Integrado de Planeación - MIPG. (Artículo 2.2.23.2)

Para la realización del informe se utilizó técnicas de análisis de documentación y registros, con el fin de verificar las actividades, hacer seguimiento a las mismas y establecer los avances durante el periodo evaluado, en virtud de las preguntas FURAG 2018 e informes de Auditoría Interna durante el lapso observado.

Así mismo, y en cumplimiento al Plan Anual de Auditorías 2019, se realizó solicitud de información mediante radicado UAESP No. 20191100021993 del 19 de febrero de 2019, donde se programó y ejecutaron mesas de trabajo con cada una de las áreas involucradas de la Unidad en la implantación de productos y estrategias

1. COMPONENTE: AMBIENTE DE CONTROL

1.1. La UAESP cuenta con el código de integridad adoptado mediante acto administrativo (Resolución 345 de 2018), y la conformación de los gestores de integridad (Resolución No. 586 de 2018). Mencionadas resoluciones, y las demás expedidas por la Unidad, se pueden consultar en la página Web.

Se realizó medición de clima laboral, y se prevén tomar las medidas para su mejora durante el 2019. No obstante, aún no se ha implantado por parte de la Unidad de instrumento para evaluar las conductas o valores y principios del servicio público contemplados en el Código de Integridad y conforme a la caja de herramientas facilitado para la implantación.

1.2. Se observan lineamientos para el Sistema de Control Interno en las siguientes materias:

- En comunicaciones internas y externas, por medio del aplicativo Orfeo.
- Implementación del Estatuto de Auditoría y el Código de Ética de Auditoría Interna (Resolución 631 de 2018)

- Actualización de la Plataforma Estratégica de la Entidad: Se modificó de acuerdo con la actualización del procedimiento de formulación y actualización del plan estratégico institucional, así como el marco estratégico de la Unidad 2016-2020 aprobado en el Comité Directivo de Gestión del 2 de agosto de 2016.
- Se evidencia que en la página WEB los productos y servicios asociados con la Unidad
- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2018 e informes de seguimiento, y el correspondiente para 2019, con acciones de mejora en cuanto a su presentación.

1.3. Se observa un borrador de Política de Administración de Riesgos en el que describe el tratamiento a los riesgos, responsables y periodicidad para su seguimiento, con un nivel de aceptación del riesgo, niveles de aceptación y de calificación del impacto. Es de aclarar que la política de riesgo aún no ha sido aprobada por el Comité.

1.4. La Unidad cuenta con el Plan Anual de Auditorías 2018 verificado por el Comité, y aprobado para 2019, el cual se alinea con la Planeación Estratégica de la Entidad, y este a su vez, está basado en los riesgos, procesos, programas o proyectos críticos de éxito.

El PAA evidencia los aspectos susceptibles de ser auditados priorizando los más importantes para cada vigencia. Se observa que contempla el tiempo en el cual se llevara a cabo la auditoría, incluyendo auditorías y seguimientos, asesorías y acompañamientos y los informes de ley obligatorios.

A través de correo electrónico de fecha 17 de febrero de 2018 se solicitó publicación y fue aprobado mediante acta No. 01 de enero de 2018.

1.5. Para el ejercicio de Auditorías Internas la Unidad cuenta con equipo de trabajo de Control Interno, el cual y para vigencia 2019, se prevé fortalecerlo con personal con disciplina asociadas a tema ambiental, tecnológico, contratación y contabilidad.

1.6. La Unidad mediante su representante legal ha solicitado apoyo a nivel distrital para recibir acompañamiento frente al manejo de los problemas que pueden afectar el cumplimiento de las metas u objetivos institucionales, evidenciándose en el Plan de Manejo Integral de Residuos Sólidos - PMIRS y el Plan de Manejo de Servicios Funerarios - PMSF.

1.7. Se evidencia mapa de riesgos de corrupción en el cual se analiza las diferentes formas de fraude y corrupción, factores como presiones internas y externas que puedan derivar en actos de corrupción. De igual manera, se observa evaluación de información proveniente de quejas y denuncias de los usuarios como de los servidores de la Unidad.

1.8. Los líderes de procesos de la Unidad determinan las causas de riesgo, teniendo en cuenta el análisis del contexto interno y externo de la Unidad, no obstante, es importante continuar fortaleciendo el análisis de los cambios significativos del entorno informados por la línea estratégica y mantener información documentada de las actualizaciones realizadas.

Así mismo, se observa que se identifica y evalúa los riesgos para los procesos de la UAESP, sin embargo, habría que continuar articulando en dichas acciones, los proyectos y/o programas que se gerencian desde la UAESP u otros temas que, tal vez, desde el objetivo del proceso podrían quedar fuera del trabajo realizado.

Se evidencia la calificación de la probabilidad y el impacto de los riesgos de acuerdo a las tablas establecidas, definiendo el plan de tratamiento y el responsable para el seguimiento y documentación de riesgos asociados para cada proceso.

En página Web se evidencia la publicación de la Matriz de Riesgos por proceso. En un espacio innovador para consulta de los procesos de la UAESP.

Se han propiciado para la consolidación de la gestión del riesgo espacios para capacitar a los líderes de los procesos y equipos de trabajo.

1.9. La Unidad cuenta con un grupo de trabajo, denominado control disciplinario, encargado de dar tratamiento al incumplimiento de las normas de conducta y ética. (Resolución UAESP 616 de 2016)

1.10. Se evidencia que la Unidad realiza análisis de resultados de los informes presentados por el jefe de la Oficina de Control Interno, donde los líderes de procesos formulan acciones correctivas y también evalúa al cierre de la vigencia el nivel de cumplimiento del plan anual de auditoría.

1.11. Para la mejora continua del sistema de gestión de la Unidad se analiza los resultados de la gestión presentados por parte de la Oficina Asesora de Planeación (Plan de Acción e indicadores), y los resultados de evaluaciones externas (ente certificador), tratadas en el Comité Institucional de Gestión y Desempeño.

Para la vigencia 2019, se cuenta con un Plan de Acción articulado con las directrices del Decreto Nacional 612 de 2018, y el Plan de Adecuación y Sostenibilidad del Sistema Integrado de Gestión Distrital con el referente Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

2. COMPONENTE: EVALUACIÓN DEL RIESGO

2.1. A la fecha la Política de Administración de riesgos se está ajustando de acuerdo con la directriz del DAFP, presentada a las entidades del distrito el 17 de septiembre de 2018, cuyo avance estimado está en el 80%, pero no se ha presentado para aprobación por parte del CICCI.

2.2. La Oficina Asesora de Planeación realiza parcialmente las actividades de verificación a la gestión de riesgos, dado que su seguimiento está enfocado al cumplimiento de ciclos de autoevaluación por parte de los líderes de proceso y publicación en micrositio para consulta.

2.3. La verificación de la gestión del riesgo ha facilitado monitorear y evaluar los riesgos identificados e identificar cambios en el entorno que puede afectar la efectividad del sistema de gestión que opera en la Unidad.

2.4. La Oficina de Control Interno ha promovido:

- Identificar y alertar al CICCI posibles cambios que afecten la evaluación y tratamientos de los riesgos.
- Evaluar y alertar cambios que afecten la exposición de la Unidad los riesgos de corrupción.
- Evaluar las actividades adelantadas por la segunda línea de defensa (OAP) frente a la gestión del riesgo.
- Asesorar a la primera y segunda línea de defensa frente a la identificación de riesgos y su control.

2.5. La Unidad ha identificado factores que pueden afectar negativamente el cumplimiento de los objetivos para los siguientes aspectos:

- Económico
- Político
- Social
- Contable y Financiero
- Legal
- Ambiental
- Talento Humano
- Procesos

- Comunicación Interna y externa
- Atención al ciudadano
- Posibles actos de corrupción.

Aunque estén señalados en la matriz de riesgos, es importante conservar información documentada de los espacios donde se reflexiona y analiza el entorno, evolucionando hacia la identificación de oportunidades, en virtud de lo descrito en la ISO 9001:2018.

2.6. La Unidad debe reforzar acciones frente a la gestión de riesgos que se realizan desde los supervisores e interventores.

2.7. La Oficina Asesora de Planeación consolida y hace seguimiento parcialmente a los mapas de riesgo establecidos por los gerentes públicos y los líderes de los procesos.

2.8. Mediante la última revisión por la Alta Dirección, se han efectuado monitoreo a cambios en el entorno que pueden afectar la efectividad del sistema de gestión.

3. COMPONENTE: ACTIVIDADES DE CONTROL

3.1. La Unidad cuenta con 58 acciones formuladas para los riesgos por proceso y 25 acciones formuladas para los riesgos de corrupción.

El último registro de autoevaluación publicado es el del corte a 31 de diciembre de 2018 realizado por los líderes de proceso (y sus equipos de trabajo), verificado en la Evaluación a la gestión institucional el pasado mes de enero de 2019 por esta Oficina.

3.2. Se observan actividades de control, relacionadas con evaluaciones a:

- Control versus riesgos identificados.
- Efectividad de los controles, retroalimentado a la dirección y los líderes de proceso.
- Evalúa que los mapas de riesgo se encuentren actualizados.

3.3. Los líderes de proceso documentan controles a los riesgos identificados, teniendo en cuenta que se fija un responsable, periodicidad y evidencia de la ejecución de estos.

3.4. La Unidad por medio de los responsables designados para el seguimiento y monitoreo, verifican que la ejecución de los controles corresponda al diseño de los riesgos, verifican que la implementación de los controles evite materialización de los riesgos, que se propongan acciones preventivas y que se documenten las acciones de seguimiento y monitoreo de los riesgos.

3.5. Los controles establecidos en los mapas de riesgos de la unidad han permitido que la Unidad mitigar la materialización de riesgos:

- De corrupción
- Judiciales
- Contractuales
- Financieros
- Administrativos
- De seguridad y privacidad de la información.
- Legales o de cumplimiento
- De imagen y confianza
- Asociados a la prestación del servicio o atención al ciudadano
- Operativos

3.6. La gestión de riesgo en la Unidad ha permitido evitar la materialización de los riesgos, diseñar controles adecuados, ejecutar los controles de los riesgos y garantizar de forma razonable el cumplimiento de los objetivos de los procesos.

3.7. En los mapas de riesgo de la Unidad se pueden observar los riesgos con mayor impacto, los riesgos con posibles actos de corrupción, la actualización de acuerdo a los resultados de los seguimientos y la publicación.

4. COMPONENTE: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

4.1. La Alta Dirección en materia de información y comunicación clave para el Sistema de Gestión verifica los mecanismos de comunicación interna y externa para que faciliten el ejercicio del control interno.

4.2. Los líderes de los procesos y proyectos, en materia de información y comunicación de la Unidad cumplen con las políticas para generar y comunicar la información que facilite las acciones de control, comunican la información relevante de manera oportuna, confiable, segura y utilizan mecanismos de comunicación definidos por la Unidad para interactuar con los grupos de valor y entes de control.

4.3. En materia de información y comunicación para el Sistema de Control Interno se evidenció que el jefe de la Oficina Asesora de Planeación verifica que la información sea accesible, oportuna, confiable, íntegra y segura, que respalde el funcionamiento del sistema de control interno, el cumplimiento de los objetivos de la entidad, que la información fluya a través de los canales establecidos. De igual manera, comunica a la alta dirección y a los distintos niveles los eventos de información y comunicación que puedan afectar el funcionamiento del control interno.

4.4. Para el Sistema de Control Interno – SCI, el jefe de la oficina de control interno o quien haga sus veces evalúa la disponibilidad, integridad y la seguridad de la información para el adecuado funcionamiento del SCI.

4.5. La Oficina de Control Interno realiza las recomendaciones a que haya lugar, para la mejora o implementación de nuevos controles y salvaguardas en materia de información y comunicación para el SCI.

4.6. La Unidad cuenta con una estrategia de comunicación la cual permite internamente la comunicación requerida para apoyar el funcionamiento del SCI, así mismo para comunicarse con los grupos de valor, tomar decisiones oportunas y soportadas en evidencias y generar espacios de participación con los servidores y la ciudadanía.

4.7. La Unidad por medio de la Dirección (Representante Legal) y el CICCI responden por la confiabilidad, integridad, disponibilidad y seguridad de la información para el adecuado funcionamiento del SCI; independientemente de cómo se genere y se conserve.

4.8. En materia de información y comunicación calve para el SCI, los líderes de procesos y proyectos gestionan información de las actividades cotidianas, bajo lineamientos establecidos por la Dirección y aseguran que, entre los procesos, los ciudadanos, organismos de control y otros externos fluya información relevante y oportuna.

4.9. La Oficina Asesora de Planeación en materia de información y comunicación calve para SCI proporciona a la Dirección, información sobre los resultados de sus actividades y de los aspectos que afectan el óptimo funcionamiento del SCI.

4.10. En materia de información y comunicación calve para el SCI, la Oficina de Control Interno, informa posibles exposiciones a riesgos asociados a la información y las desviaciones a los lineamientos de la Dirección, adicionalmente proporciona información pertinente para atender las necesidades de la alta dirección especialmente las relacionadas con el SCI, así mismo comunica a la primera y segunda línea de defensa aspectos que se requieren fortalecer relacionados con la información y comunicación.

5. COMPONENTE: ACTIVIDADES DE MONITOREO

5.1. Se observan autoevaluaciones que garanticen el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales por parte de los líderes de procesos en acompañamiento de la Oficina Asesora de Planeación, así mismo, que se estén llevando a cabo las evaluaciones independientes definidas en el Plan Anual de Auditorías. Y, por último, determinan el estado del SCI a partir del resultado

de la evaluación y definen los ajustes o modificaciones a que haya lugar; y que estas, se implementen de manera oportuna y den solución a las deficiencias detectadas.

5.2. Se evidencia acciones de la Oficina Asesora de Planeación frente a la verificación de:

- El logro de los objetivos estratégicos o institucionales
- La confiabilidad de la información financiera y no financiera
- La adecuada formulación de los planes de mejoramiento
- El avance y cumplimiento de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las autoevaluaciones, seguimientos y auditorías

5.3. A pesar de la Materialización de Riesgos asociados con el PAA 2018, se establece y ejecuta el Plan Anual de Auditoría basado en riesgos, verifica el funcionamiento de los componentes de control interno e informa las deficiencias de forma oportuna las partes responsables las medidas correctivas (línea estratégica primera y segunda línea de defensa).

5.4. Se elabora el Plan Anual de Auditorías basado en los riesgos identificados en la Entidad, los procesos de mayor exposición a riesgos, los resultados de auditorías de entes externos (Contraloría, Archivo de Bogotá, entre otros) y los procesos que no han sido auditados.

5.5. Se evalúa la efectividad de las acciones incluidas en los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas y externas.

5.6. La Unidad verifica que las acciones de mejora respondan a las observaciones de los entes de control y los seguimientos efectuados por la entidad, que las acciones de mejora se realicen por parte de los responsables en el tiempo programado y que las acciones de mejora sean efectivas y contribuyan al logro de los resultados.

5.7. Se evalúa mediante seguimientos y auditorías la gestión institucional y el Sistema de Control Interno, en la Unidad y se presentan acciones correctivas.

5.8. Se monitorea el plan anticorrupción de atención al ciudadano, sin embargo, los resultados en comparación con 2017, se mantienen.

5.9. Se aprobó el Plan Anual de Auditoría propuesto por el jefe de la oficina de control interno y aseguran que los servidores responsables cuenten con los conocimientos necesarios y que generen recursos para la mejora de los componentes de monitoreo.

5.10. La Unidad mediante los líderes de procesos y proyectos realizan actividades de monitoreo como seguimientos a los riesgos y controles de sus procesos, informan periódicamente a las

instancias correspondientes sobre el desempeño de las actividades de gestión de riesgos e idéntica deficiencias en los controles y propone ajustes.

5.11. La Oficina Asesora de Planeación suministra información a la alta dirección sobre el monitoreo que se lleva a cabo de los indicadores de gestión, determinando el logro de los objetivos y metas institucionales; y a su vez, consolida y genera información para la toma de decisiones.

5.12. Los informes de seguimiento y/o auditorias efectuadas por el jefe de la oficina de control interno conllevan a diseñar y ejecutar acciones de mejora frente al SCI y cumplimiento de los objetivos y metas institucionales, así mismo diseña y ejecuta mejoras frente a la gestión del riesgo.

5.13. Los planes de mejoramiento de la Unidad han sido eficaces para contribuir al logro de los objetivos y metas institucionales, a mejorar la gestión de los procesos y a promover una gestión transparente que mitigue los riesgos de corrupción.

CONCLUSIONES

Se evidencia un sistema de gestión que se articula a los lineamientos del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano, que permiten contar con un sistema de controles que promueven el cumplimiento de objetivos, metas y propósito institucional.

No obstante, es importante implementar y monitorear las actividades descritas en el Plan de adecuación y sostenibilidad del sistema integrado de gestión con el referente Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el cual permitirá afianzar acciones concretas que permitan demostrar un sistema en funcionamiento respecto a evidencias claras frente a:

- Autogestión, basada en la operación del modelo de las líneas de defensa respecto de la gestión institucional.
- Equipos de trabajo fuertes y comprometidos dados a mejores climas laborales, competencias fortalecidas, acciones de bienestar y valores interiorizados (código de integridad).
- Comprensión del riesgo en la gestión de la Entidad: pasar de la identificación y documentación en matrices a la ser conscientes de la utilización no solo desde el proceso, sino del proyecto, programa y otras actividades que gerencia la Unidad.
- Institucionalidad del Sistema de Gestión operando, alineada y comprendida por todos los servidores públicos y contratistas de la UAESP.
- Desempeño de procesos acorde con los hitos programados para la vigencia 2019.
- Sistema de información referente a la documentación del Sistema de Gestión de la Unidad operando y divulgando con oportunidad las actualizaciones.

- Mediciones de satisfacción de grupos de valor de la UAESP, en especial, los priorizados por la Unidad para la atención, independientemente que la operación de los servicios este tercerizada.
- Sistema de gestión articulados bajo los modelos de gestión diseñados para el estado colombiano, en armonía con los basados en normas ISO (9001, 14001 y 27001)
- Autogestión en las acciones correctivas y de mejora formuladas por los procesos, proyectos y/o programas que gerencia la UAESP.
- Conservar y mantener información documentada en tiempo real, facilitando la presentación de la misma.

Por último, es importante definir acciones para la presente vigencia que le permitan a la UAESP preparar y construir la información suficiente, veraz y oportuna de la gestión lograda e impacto alcanzado, la que alcanzará durante la presente vigencia y de los hitos necesarios para consolidar a la Unidad frente al cambio que se avecina a finales de 2019, y que le faciliten a la siguiente administración distrital continuar, consolidar y fortalecer los aspectos claves para la Ciudad desde la misionalidad de la Unidad.

Fecha: 12 de marzo de 2019

Elaboró y Revisó: José Ignacio Pinzón Barreto, Profesional Universitario; Iván Darío Sierra Ballesteros, Profesional Especializado Oficina de Control Interno; Andrés Pabón Salamanca. Jefe Oficina de Control Interno