



UNIDAD ADMINISTRATIVA PARA LA
**CONSOLIDACIÓN
 TERRITORIAL**



**I COMITÉ DE COORDINACIÓN
 DE CONTROL INTERNO**

AGENDA COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

- 1 Cumplimiento PAAI 2014 periodo del 1/12/2014 al 31/12/2014
- 2 Cumplimiento PAAI 2015 periodo del 1/01/2015 al 6/02/2015
- 3 Plan de mejoramiento Institucional

“INSISTIR PERSISTIR Y NUNCA DESISTIR”

AGENDA COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

1

Cumplimiento PAAI 2014 periodo del 1/12/2014 al 31/12/2014

2

Cumplimiento PAAI 2015 periodo del 1/01/2015 al 6/02/2015

3

Plan de mejoramiento Institucional

“INSISTIR PERSISTIR Y NUNCA DESISTIR”

1. Cumplimiento PAAI 2014 periodo del 1/12/2014 al 31/12/2014



1. Cumplimiento PAAI 2014

ROL	CONCEPTO	METAS	METAS MES	CUMPLIMIENTO		
				MES	ACUMULADO	
				N°	N°	%
1	ACOMPañAMIENTO Y ASESORIA	126	7	9	113	90%
2	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	76	4	13	75	99%
3	FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL	27	3	3	27	100%
4	VALORACIÓN DEL RIESGO	27	12	12	27	100%
5	RELACIONES CON ENTES EXTERNOS	22	0	0	22	100%
TOTAL		278	26	37	264	95%

1.1 Acompañamiento y Asesoría



1.1 Acompañamiento y asesoría

ROL	CONCEPTO	METAS	METAS MES	CUMPLIMIENTO		
				MES	ACUMULADO	
				N°	N°	%
<u>1</u>	<u>ACOMPAÑAMIENTO Y ASESORIA</u>	<u>126</u>	<u>7</u>	<u>9</u>	<u>113</u>	<u>90%</u>
2	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	76	4	13	75	99%
3	FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL	27	3	3	27	100%
4	VALORACIÓN DEL RIESGO	27	12	12	27	100%
5	RELACIONES CON ENTES EXTERNOS	22	0	0	22	100%
	TOTAL	278	26	37	264	95%

1.1 Acompañamiento y asesoría

Se observa la ejecución 2 actividades adicionales a las programadas debida a que:

- ✓ En el mes de diciembre se tenía programada la realización de 1 comités de coordinación de control interno, pero se ha realizado 2.
- ✓ En el mes de diciembre se tenía programada la realización de 1 comité de contratación, y se realizó 2.



1.1 Acompañamiento y asesoría

ACTIVIDADES REALIZADAS

ACTIVIDAD	FECHA DE REALIZACIÓN
Comité de Coordinación de Control Interno	9/12/2014 y 16/12/2014
Comité de Conciliaciones y Defensa Judicial (Resolución 0015 del 20 de febrero 2012)	Participación en 2 comités
Comité de sostenibilidad contable	Participación en 1 comité
Comité de contratación	Participación en 2 comité
Cierre de Urnas de Convocatoria	Acompañamiento en 2 procesos: SA-SI-0031/2014 1/12/2014; SA-SI-0032/2014 1/12/2014

FUENTE: GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO.

1.2 Evaluación y seguimiento



1.2 Evaluación y seguimiento

ROL	CONCEPTO	METAS	METAS MES	CUMPLIMIENTO		
				MES	ACUMULADO	
				N°	N°	%
1	ACOMPañAMIENTO Y ASESORIA	126	7	9	113	90%
<u>2</u>	<u>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</u>	<u>76</u>	<u>4</u>	<u>13</u>	<u>75</u>	<u>99%</u>
3	FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL	27	3	3	27	100%
4	VALORACIÓN DEL RIESGO	27	12	12	27	100%
5	RELACIONES CON ENTES EXTERNOS	22	0	0	22	100%
	TOTAL	278	26	37	264	95%

1.2 Evaluación y seguimiento

Se ejecutaron **9 actividades adicionales** a las **programadas**:

- ✓ En el mes de diciembre **se realizó entrega** del informe de **seguimiento al mapa de riesgo**.
- ✓ En el mes de diciembre **se realizó entrega** del informe de **seguimiento al sistema de indicadores de la UACT**.
- ✓ En el mes de diciembre **se realizó el cierre y entrega** de **7 auditorias especiales**.



1.2.1 Evaluaciones del 01/12/2014 al 31/12/2014



Se realizaron **siete (7) auditorias especiales**:

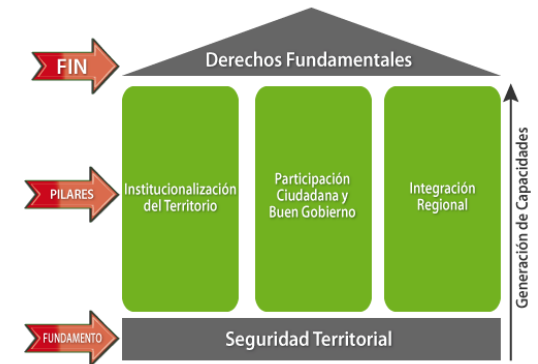
1. Política Nacional de Consolidación y Reconstrucción Territorial
2. Programa de Respuesta Rápida
3. Proceso de Contratación
4. Inventarios
5. Caja Menor Secretaría General
6. Caja Menor Dirección PCI
7. Viáticos



1.2.1.1 Auditoria Especial Política Nacional de Consolidación y Reconstrucción Territorial

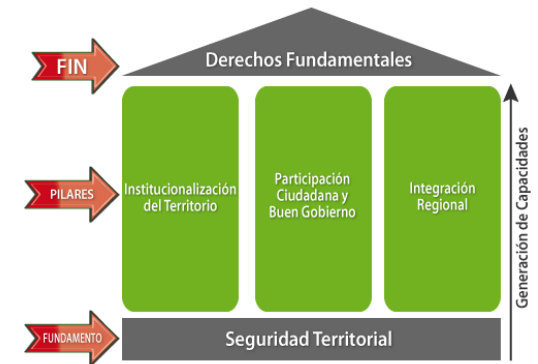
Como resultado de la auditoria especial acerca el seguimiento a la Implementación y ejecución de la PNCRT, se concluye que:

- ✓ Respecto Avance en la ejecución, implementación y seguimiento de la PNCRT, se observan debilidades en el cumplimiento de las metas propuestas, y no se cuenta con parámetros claros y concretos para hacer la medición, tanto en el Documento de Lineamientos de la Política Nacional de Consolidación y Reconstrucción Territorial- PNCRT.
- ✓ La UACT debe propiciar a través de los Comités Municipales de Desarrollo Rural (CMDR) un dialogo con el sector rural, permanente para implementar políticas de estado con enfoque territorial con el fin de obtener operatividad, articulación interinstitucional y participación ciudadana.



1.2.1.1 Auditoria Especial Política Nacional de Consolidación y Reconstrucción Territorial

- ✓ En la herramienta del índice Sintético de Consolidación no cuenta con una línea base clara, y en el desarrollo del mismo no se definen periodos concretos en los resultados que se presentan.
- ✓ La UACT no cumple con las funciones asignadas en el Decreto 1894 de 2013 para el desarrollo de las actividades como Secretaria Técnica del Comité Directivo del "Sistema Nacional de Planeación, Coordinación y Seguimiento para la PNCRT".
- ✓ Esta pendiente la formulación del Plan de Mejoramiento.



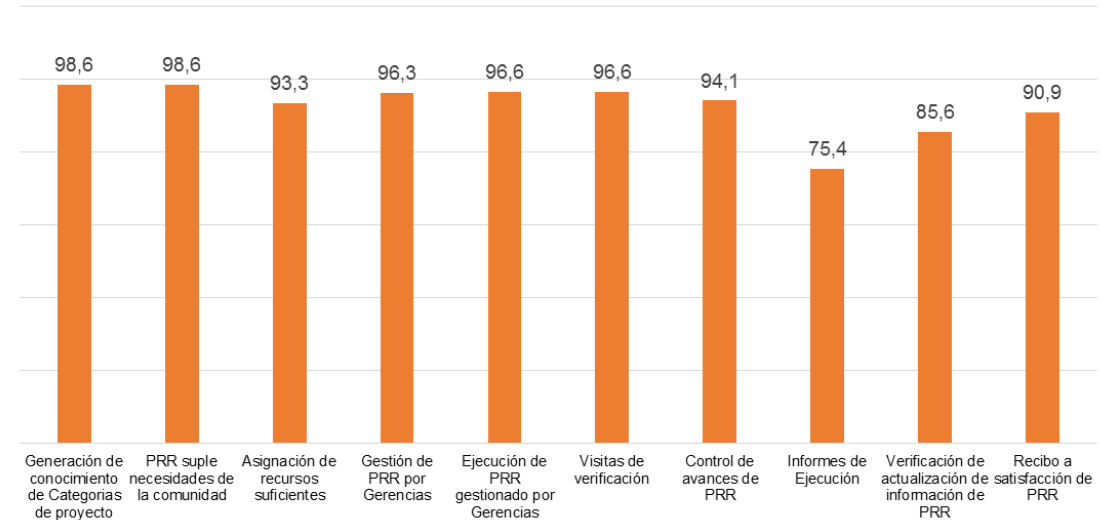
1.2.1.2 Auditoria Especial Programa de Respuesta Rápida

De manera general se observó en el desarrollo de la auditoría y conforme a las muestras tomadas en cada una de las Gerencias evaluadas, que se aplican mecanismos y actividades en cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución 608 de 2013, que se cuenta con evidencias que soportan los proyectos encaminados a la población objetivo del PRR y son identificados por las comunidades a través de Talleres veredales y otras reuniones realizadas en las zonas determinadas para cada Gerencia.

Esta pendiente la formulación del Plan de Mejoramiento.

En la gerencia regional Meta, debe actualizar el aplicativo P864 y P788; a demás se presenta una posible materialización de un riesgo de imagen en el impacto del P788

EVALUACIÓN PRR GERENCIAS



Fuente: Análisis de información Grupo Interno de Trabajo de Control Interno.



1.2.1.3 Auditoria Especial Contratación

Como conclusión general de la Auditoría Especifica - Proceso de Contratación, se **evidenció que:**

- ✓ En los **expedientes N° 2014-0033, N° 2014-0064, N° 2014-0093, N° 2014-0112, N° 2014-0114, N° 2014- 0126 no reposan** los **informes de actividades.**
- ✓ En el expediente N° **2014-0155 no reposa memorando** que **conforma el Comité Asesor evaluador,** el memorando de **remisión de las propuestas para evaluar, informes de supervisión** y anexos.



1.2.1.4 Auditoria Especial Inventarios

- ✓ Como conclusión de la auditoria especial de Inventarios, se evidenció que se cumple parcialmente, ya que al realizar el comparativo se presentan diferencias en lo registrado contablemente frente a los listados de los bienes valorizados por Almacén.
- ✓ Se tiene pendiente de reportar a contabilidad varios bienes que han sido hurtados y no ha suministrado la información requerida para el retiro de los mismos en la cuenta Propiedad, Planta y Equipo, y a su vez la inclusión en las Cuentas de Orden de cada reunión.



1.2.1.4 Auditoria Especial Inventarios



- ✓ Se hace necesario que se dé cumplimiento al "Reglamento Operativo para el Manejo y control Administrativo de los bienes de propiedad de la UACT y de los bienes recibidos en préstamo", registrándose en las Cuentas de Orden. Responsabilidades en Proceso a nombre de los funcionarios o responsables de los bienes que fueron hurtados.
- ✓ Se requiere que se dé cumplimiento a la Resolución N° 338 de 2012, en especial a lo que respecta sobre las sesiones del Comité de Inventarios, y se dé cumplimiento oportuno a los compromisos de cada reunión.
- ✓ Esta pendiente la formulación del Plan de Mejoramiento.

1.2.1.5 Auditoria Especial Caja Menor – Secretaria General

El Arqueo de Caja Menor realizado a la Secretaria General, realizado el día miércoles 10 de diciembre de 2014, arrojo un sobrante de \$ 28,60 pesos, donde la responsable sustenta que corresponde a ajuste al peso.



1.2.1.6 Auditoria Especial Caja Menor – Dirección del Programa contra cultivos ilícitos



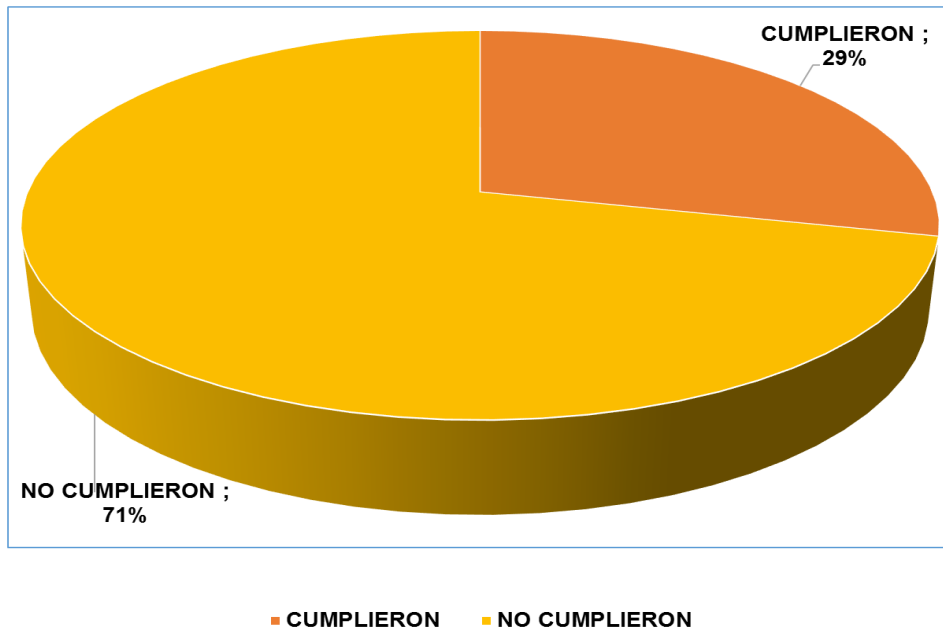
El Arqueo de Caja Menor realizado a la Dirección del Programa contra cultivos ilícitos, realizado el día jueves 11 de diciembre de 2014, arrojo un sobrante de \$ 22 pesos, donde la responsable sustenta que corresponde a ajuste al peso.

1.2.1.7 Auditoria Especial Viáticos

- ✓ La UACT da cumplimiento a lo establecido en los Artículos 64 y 65 del Decreto ley 1042 de 1978 en cuanto al trámite de comisiones de servicios y los gastos de desplazamiento para los servidores públicos y contratistas en su Resolución No 100 y 171 de 2014.



CUMPLIMIENTO EN LA LEGALIZACIÓN DE COMISIONES



- ✓ Código PD-GH-11 frente a la Resolución No 171 de 23 de abril de 2014, en la actividad "legalización de la comisión" el procedimiento expresa que son 8 días y la resolución 4 días.
- ✓ El 71% de los comisionados no legalizaron la comisión en los términos definidos por la resolución 171 de 2014.

1.2.2 Seguimiento realizados del 01/12/2014 al 31/12/2014



1.2.2 Seguimientos

Se realizaron seis (6) seguimientos a:

- ✓ Relación de acreencias a favor de la entidad, pendientes de pago.
- ✓ Plan Anticorrupción y Atención del Ciudadano.
- ✓ Convenios de Cooperación.
- ✓ Dos Seguimientos al sistema de indicadores de la UACT.
- ✓ Mapa de riesgos Institucional.



1.2.2.1 Seguimiento Plan Anticorrupción

Plan Anticorrupción y Atención del Ciudadano con corte a 30/12/2014.

Con el seguimiento realizado con corte 30 de diciembre de 2014 en el cuarto componente “Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano” se evidencia un avance del 67% este porcentaje se da en razón a que:

- ✓ No se identificado las necesidades y expectativas del ciudadano para gestionar la atención oportuna.
- ✓ El sistema de turnos no se ha implementado, en razón a que no se ha adecuado la ventanilla única de atención.
- ✓ No se han adecuado los espacio físicos de acuerdo con la normatividad vigente.
- ✓ No están integrado los canales de atención e información al ciudadano.

1.2.2.2 Seguimiento convenios de cooperación

- ✓ La UACT, debe enviar a la DIAN, una relación mensual de todos los contratos vigentes con cargo a los Convenios de Cooperación y Asistencia Técnica para el Apoyo y Ejecución de sus Programas o Proyectos, según lo descrito en el Decreto 4660 de Noviembre 29 de 2007, Artículo 1.
- ✓ La Entidad no ha dado cumplimiento con corte a septiembre, en razón a que no cuenta con la información requerida, exponiéndose a una sanción.
- ✓ Estatuto Tributario Artículo 651. Sanción por no enviar información.



1.2.2.3 Seguimiento Mapa de Riesgos Institucional

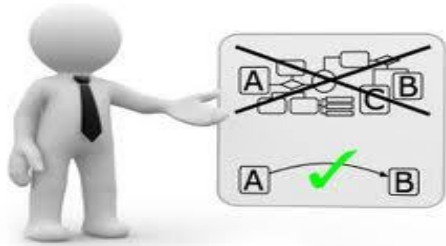
La UACT tiene identificados sesenta y un (61) riesgos y se tiene la siguiente distribución ver Tabla N° 1:

TABLA N° 1 -DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL RIESGOS

TIPO DE RIESGOS	CANTIDAD RIESGOS	PORCENTAJE
<u>RIESGOS DE PROCESOS</u>	<u>44</u>	72%
<u>RIESGOS DE CORRUPCIÓN</u>	<u>17</u>	28%
TOTAL	61	100%

Fuente: Análisis de información Grupo Interno de Trabajo de Control Interno.

Al evaluar el cumplimiento de los controles y acciones definidas para mitigar los riesgos establecidos en los MAPAS DE RIESGOS POR PROCESOS y CORRUPCIÓN. Se observa que (Tabla N° 2 – Observaciones mapa de riesgos):



1.2.2.3 Seguimiento Mapa de Riesgos Institucional

TABLA N° 2 -OBSERVACIONES MAPA DE RIESGOS

OBSERVACIONES REVISIÓN RIESGOS	RIESGOS DE PROCESOS	RIESGOS DE CORRUPCIÓN	PESO PORCENTUAL
Tiene mal identificados los controles	1		2%
No se han identificado controles para mitigar el riesgo	2	0	3%
No se han cumplido las acciones propuestas	2	0	3%
Las acciones identificadas no tienen relación con el riesgo y no permite su mitigación	12	7	31%
Las acciones definidas no se puede medir	6	1	12%
No presenta observaciones	21	9	49%
TOTAL RIESGOS PROCESO Y CORRUPCIÓN		61	100%

Fuente: Análisis de información Grupo Interno de Trabajo de Control Interno.

- ✓ El **49%** de los riesgos de procesos y corrupción, no presentan observaciones.
- ✓ En el **31%** de los riesgos de procesos y corrupción, las acciones identificadas no tienen relación con el riesgo y no permite su mitigación.
- ✓ En el **12%** de los riesgos de procesos y corrupción, las acciones no se pueden medir.

1.2.2.3 Seguimiento Mapa de Riesgos Institucional



- ✓ Se presenta un cumplimiento promedio de las acciones definidas para la mitigación de los riesgos de proceso y corrupción del 43%.

Se hace necesario que los responsables de los procesos involucre a todos los funcionarios para que conozcan la política de administración de riesgos adoptada por la UACT, identifiquen los riesgos del proceso, apliquen controles y realicen seguimiento al cumplimiento de las acciones para mitigar los riesgos identificados.

1.3 Fomento de la cultura de control



1.3 Fomento de la cultura de control

ROL	CONCEPTO	METAS	METAS MES	CUMPLIMIENTO		
				MES	ACUMULADO	
				N°	N°	%
1	ACOMPañAMIENTO Y ASESORIA	126	7	9	113	90%
2	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	76	4	13	75	99%
<u>3</u>	<u>FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL</u>	<u>27</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>27</u>	<u>100%</u>
4	VALORACIÓN DEL RIESGO	27	12	12	27	100%
5	RELACIONES CON ENTES EXTERNOS	22	0	0	22	100%
	TOTAL	278	26	37	264	95%

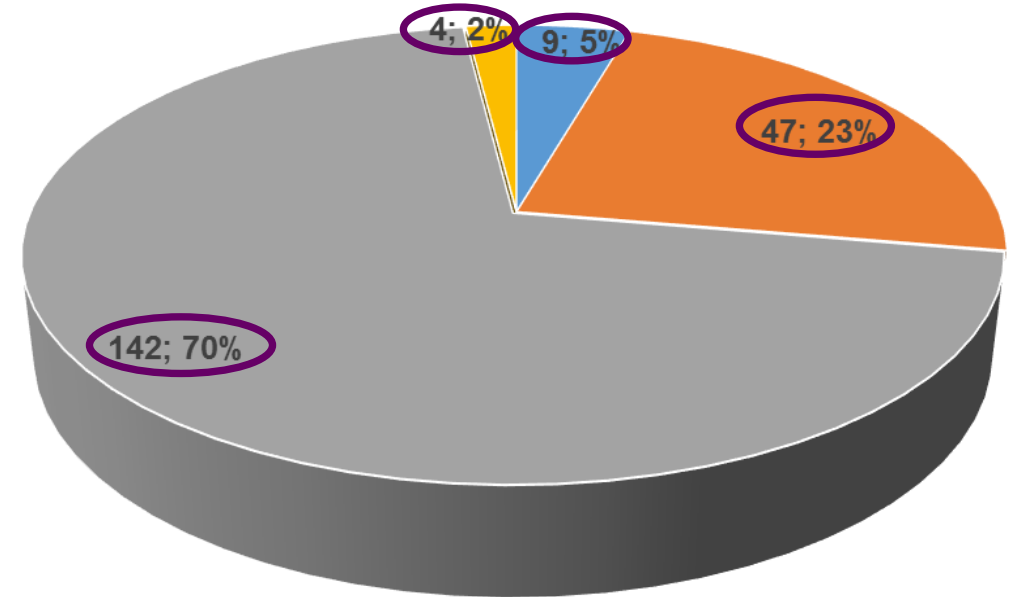
1.3 Fomento de la cultura de control

Se sensibilizaron doscientos dos (**202**) funcionarios y contratistas en la temática de fomento de la cultura de autocontrol.

Se realizó cierre de brecha al iniciar y al finalizar la sensibilización se evidencia que:

- ✓ **5%** de los funcionarios y contratistas ya tenían conocimiento sobre la temática de fomento de la cultura de autocontrol
- ✓ El **23%** de los funcionarios y contratistas actualizaron sus conocimiento sobre la temática de fomento de la cultura de autocontrol.
- ✓ El **70%** de los funcionarios y contratistas lograron parcialmente el objetivo sensibilización
- ✓ El **2%** de los funcionarios y contratistas no lograron el objetivo de la sensibilización.

PORCENTAJE DE CIERRE DE BRECHA FOMENTO DE LA CULTURA DE AUTOCONTROL



- TENIA CONOCIMIENTO
- ACTUALIZÓ CONOCIMIENTOS
- SE LOGRO PARCIALMENTE EL OBJETIVO DE LA SENSIBILIZACIÓN
- NO SE LOGRO EL OBJETIVO DE LA SENSIBILIZACIÓN

Fuente: Análisis de información Grupo Interno de Trabajo de Control Interno.

1.4 Valoración del Riesgo



1.4 Valoración del riesgo

ROL	CONCEPTO	METAS	METAS MES	CUMPLIMIENTO		
				MES	ACUMULADO	
				N°	N°	%
1	ACOMPañAMIENTO Y ASESORIA	126	7	9	113	90%
2	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	76	4	13	75	99%
3	FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL	27	3	3	27	100%
4	<u>VALORACIÓN DEL RIESGO</u>	<u>27</u>	<u>12</u>	<u>12</u>	<u>27</u>	<u>100%</u>
5	RELACIONES CON ENTES EXTERNOS	22	0	0	22	100%
	TOTAL	278	26	37	264	95%

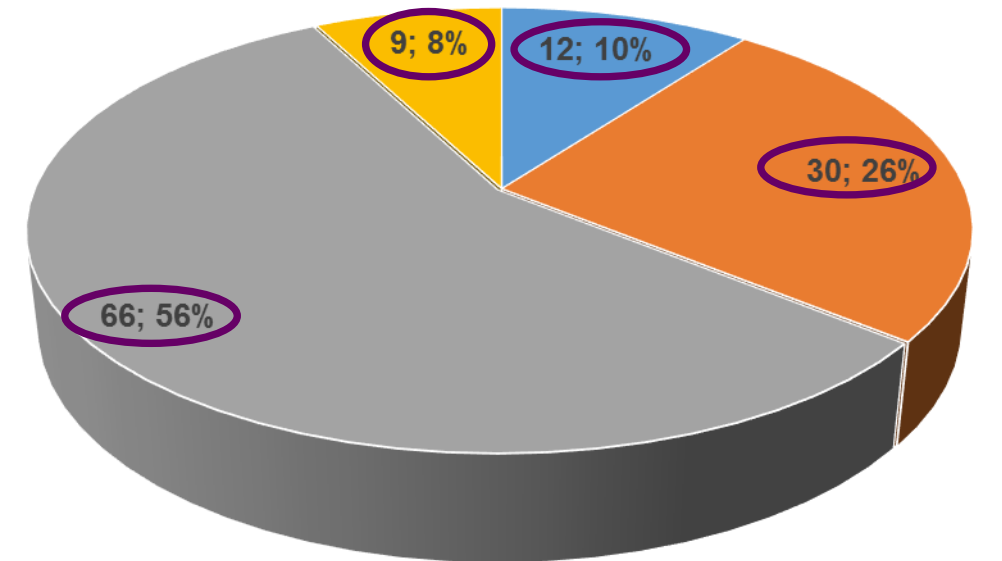
1.4 Valoración del riesgo

Se sensibilizaron ciento diecisiete (**117**) funcionarios y contratistas de nivel central en la temática de pautas en la formulación administración y evaluación del riesgo en la UACT.

Se realizó cierre de brecha al iniciar y al finalizar la sensibilización se evidencia que:

- ✓ **10%** de los funcionarios y contratistas ya tenían conocimiento sobre la temática de pautas en la formulación administración y evaluación del riesgo en la UACT.
- ✓ El **26%** de los funcionarios y contratistas actualizaron sus conocimientos sobre la temática.
- ✓ El **56%** de los funcionarios y contratistas lograron parcialmente el objetivo sensibilización.
- ✓ El **8%** de los funcionarios y contratistas no lograron el objetivo de la sensibilización.

PORCENTAJE DE CIERRE DE BRECHA PAUTAS EN LA FORMULACIÓN ADMINISTRACION Y EVALUACIÓN DEL RIESGO EN LA UACT



- TENIA CONOCIMIENTO
- ACTUALIZÓ CONOCIMIENTOS
- SE LOGRO PARCIALMENTE EL OBJETIVO DE LA SENSIBILIZACIÓN
- NO SE LOGRO EL OBJETIVO DE LA SENSIBILIZACIÓN

Fuente: Análisis de información Grupo Interno de Trabajo de Control Interno.

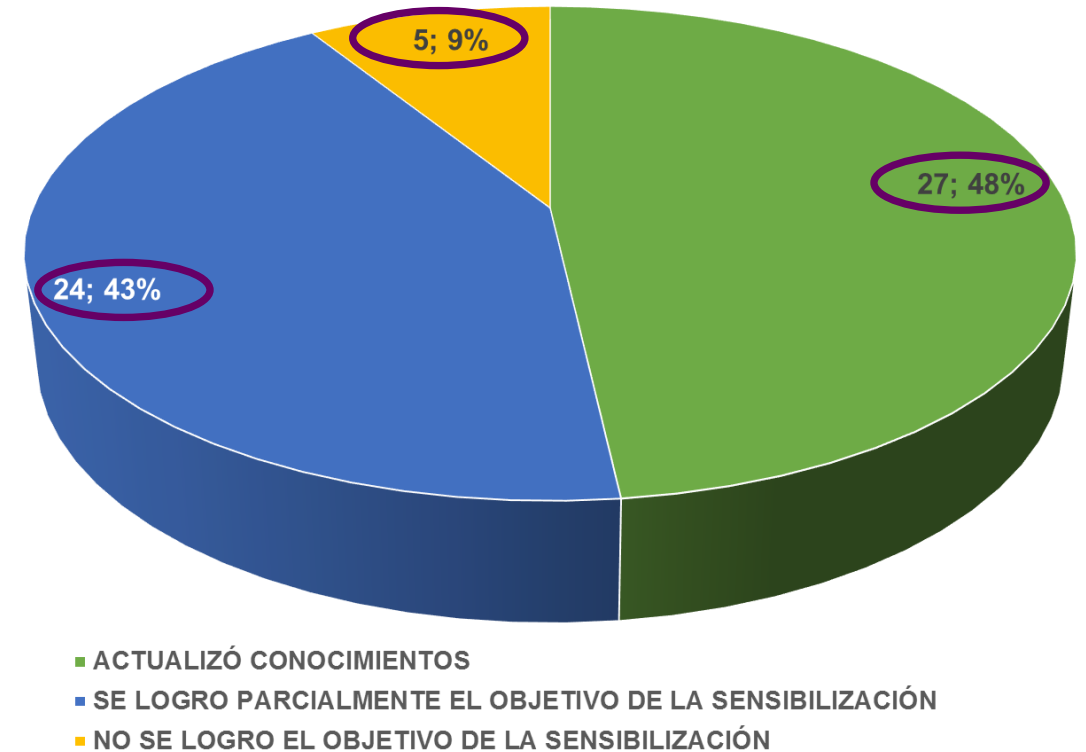
1.4 Valoración del riesgo

Se sensibilizaron cincuenta y cuatro (**54**) funcionarios y contratistas de Gerencias y Coordinaciones en la temática de riesgos.

Se realizó la aplicación de taller con el propósito de determinar el nivel de conocimientos transmitidos se evidencia que:

- ✓ **48%** de los funcionarios y contratistas actualizaron sus conocimiento sobre la temática.
- ✓ El **43%** de los funcionarios y contratistas lograron parcialmente el objetivo sensibilización.
- ✓ El **9%** de los funcionarios y contratistas no lograron el objetivo de la sensibilización.

PORCENTAJE RESULTADOS TALLER TRANSMISIÓN CONOCIMIENTOS SENSIBILIZACIÓN RIESGOS GERENCIAS Y CORDINACIONES REGIONALES



Fuente: Análisis de información Grupo Interno de Trabajo de Control Interno.

AGENDA COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

- 1 **Cumplimiento PAAI 2014 periodo del 1/12/2014 al 31/12/2014**
- 2 **Cumplimiento PAAI 2015 periodo del 1/01/2015 al 6/02/2015**
- 3 **Plan de mejoramiento Institucional**

“INSISTIR PERSISTIR Y NUNCA DESISTIR”

2. Cumplimiento PAAI 2015 periodo del 1/01/2015 al 6/02/2015



2. Cumplimiento PAAI 2015

ROL	CONCEPTO	METAS	METAS MES	CUMPLIMIENTO		
				MES	ACUMULADO	
				N°	N°	%
1	VALORACIÓN DEL RIESGO	3	0	0	0	0%
2	ACOMPañAMIENTO Y ASESORÍA	116	10	10	10	9%
3	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	97	3	3	3	3%
4	FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL	13	0	0	0	0%
5	RELACIONES CON ENTES EXTERNOS	30	5	4	4	13,3%
TOTAL		259	18	17	17	6,1%

2.1 Acompañamiento y Asesoría



1. Cumplimiento PAAI 2015

ROL	CONCEPTO	METAS	METAS MES	CUMPLIMIENTO		
				MES	ACUMULADO	
				N°	N°	%
1	VALORACIÓN DEL RIESGO	3	0	0	0	0%
<u>2</u>	<u>ACOMPañAMIENTO Y ASESORÍA</u>	<u>116</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>9%</u>
3	EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	97	3	3	3	3%
4	FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL	13	0	0	0	0%
5	RELACIONES CON ENTES EXTERNOS	30	5	4	4	13,3%
	TOTAL	259	18	17	17	6,1%

2.1 Acompañamiento y asesoría

ACTIVIDADES REALIZADAS

ACTIVIDAD	FECHA DE REALIZACIÓN
Comité Directivo	6/01/2015 y 19/01/2015
Comité de Conciliaciones y Defensa Judicial (Resolución 0015 del 20 de febrero 2012)	Participación en 4 comités
Comité de contratación	Participación en 3 comités
Cierre de Urnas de Convocatoria	Acompañamiento en el proceso MC-0004-2015 VIGILANCIA PRIVADA

FUENTE: GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO.

2.2 Evaluación y seguimiento



2.2 Evaluación y seguimiento

ROL	CONCEPTO	METAS	METAS MES	CUMPLIMIENTO		
				MES	ACUMULADO	
				N°	N°	%
1	VALORACIÓN DEL RIESGO	3	0	0	0	0%
2	ACOMPañAMIENTO Y ASESORÍA	116	10	10	10	9%
<u>3</u>	<u>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</u>	<u>97</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3%</u>
4	FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL	13	0	0	0	0%
5	RELACIONES CON ENTES EXTERNOS	30	5	4	4	13,3%
	TOTAL	259	18	17	17	6,1%

2.2 Seguimientos del 01/01/2015 al 6/02/2015



Se realizaron **tres (3) seguimientos a:**

- ✓ Administración de la Entidad sobre la Gestión de Quejas, Sugerencias y Reclamos (Estatuto Anticorrupción)
- ✓ Publicación de Planes Institucionales 2015 e Informe de Gestión de la UACT
- ✓ Informe de gestión de la OCI (entregado Dirección General)



2.2.1. Seguimiento a la Administración de la Entidad sobre la Gestión de Quejas, Sugerencias y Reclamos (Estatuto Anticorrupción)

- ✓ No se unifican los criterios de las áreas receptoras de PQRS (Enlace al Ciudadano y PCI), encontrando que en el archivo de Enlace al ciudadano se clasifican el estado en: Contestadas dentro de los términos, Contestadas fuera de los términos, Trasladas, Vencidas sin responder y Vigentes sin responder; y en PCI el único estado corresponde a "Tramitado", sin discriminar si se contestó dentro de los términos o fuera de ellos, adicionalmente en PCI se encuentran incluidas en el registro de PQRS documentos como novedades, memorandos internos, invitaciones o solicitudes interinstitucionales. Con lo anterior, se considera necesario unificar la información y tratamiento de las PQRS.
- ✓ No se conocen estadísticas o análisis de datos con el fin de conocer la cantidad de PQRS se reciben por cada uno de los canales (página web, Correo electrónico, presencial UACT o presencial Gerencias), los temas frecuentes, y los tipos de usuarios de la entidad, teniendo en cuenta que muchas de las solicitudes relacionadas provienen de otras Entidades del Estado.



2.2.1. Seguimiento a la Administración de la Entidad sobre la Gestión de Quejas, Sugerencias y Reclamos (Estatuto Anticorrupción)

- ✓ Se debe medir satisfacción de los usuarios en relación con los trámites y servicios que presta la Entidad, e identificar necesidades, expectativas e intereses del ciudadano para gestionar la atención adecuada y oportuna conforme a lo establecido en el Literal A del cuarto componente de la Estrategia para la construcción del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano.



- ✓ Considerando que no se elaboran informes trimestrales de acuerdo a lo establecido en el artículo 54 de la Ley 190 de 1995, es necesario que se establezca un solo canal receptor y una dependencia encargada del seguimiento y control de las PQRS, conforme a lo mencionado en: el Literal B del Numeral IV Cartilla Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano, el numeral 7 del artículo 7 de la Ley 1437 de 2011.

2.2.1. Seguimiento a la Administración de la Entidad sobre la Gestión de Quejas, Sugerencias y Reclamos (Estatuto Anticorrupción)

- ✓ Es importante diferenciar o establecer lineamientos para la recepción, clasificación de los requerimientos (tipología y estados de trámites), seguimiento y trámite dentro de un registro de PQRS y Derechos de Petición tal como se establece en: el Literal B del Numeral IV Cartilla Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano-, Circular 001 de 2011 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno.
- ✓ Con el fin de contar con un mejor seguimiento y control de los PQRS, se sugiere ajustar la herramienta ORFEO para que desde el ingreso se distinga si el remitente es ciudadano, institucional o funcionario, y del mismo modo si el tipo de documento es una PQRS , una solicitud administrativa interna o externa, o requerimiento de entes de control. Adicionalmente, instruir a los responsables de dar contestación de los requerimientos para que asocien los documentos de respuesta en el aplicativo.



2.2.2. Publicación de Planes Institucionales 2015 e Informe de Gestión de la UACT

✓ El Grupo de Control Interno realizó el seguimiento a la publicación de la información institucional artículos 73 y 74 de la Ley 1474 de 2011 concluyendo lo siguiente:

✓ El Plan de Adquisiciones de la UACT 2015 se encuentra publicado en SECOP, se sugiere hacer la publicación en la página web de la UACT.

✓ En el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano 2015 no se incluyeron elementos acerca de: Veedurías Ciudadanas, y ESTÁNDARES PARA LA ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, SUGERENCIAS Y RECLAMOS.

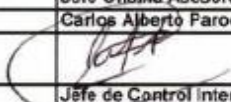
✓ En la pagina WEB no se observó la publicación de Proyectos de Inversión para 2015.

✓ Es importante incluir en la matriz de seguimiento las actividades descritas en el contenido del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, con el fin de hacer un seguimiento efectivo del cumplimiento de las estrategias.



2.2.2. Publicación de Planes Institucionales 2015 e Informe de Gestión de la UACT

Matriz publicada en pagina Web UACT

SEGUIMIENTO A LAS ESTRATEGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO 2015							
Entidad: UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL PARA LA CONSOLIDACIÓN TERRITORIAL U.A.C.T.							
Estrategia, mecanismo, medida etc	Actividades	Actividades Realizadas				Responsable	Anotaciones
		ene-31	abr-30	ago-31	dic-31		
Riesgos de Corrupción	1. Identificación.					Oficina Asesora de Planeación	
	2. Analisis.						
	3. Valoración.						
	4. Mapa						
	5. Política						
	6. Seguimiento					Oficina de Control Interno	
Estrategia Antitramites	Identificación de los trámites/servicios dentro de la U.A.C.T.					Oficina Asesora de Planeación	
Estrategia de rendición de Cuentas	1. Identificación de la información					Dirección General	
	2. Diseño de la presentación de la información						
	3. Divulgación						
	4. Participación Ciudadana						
	5. Publicación de los resultados						
Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.	1. Desarrollo Institucional.					Servicio al Ciudadano	
	2. Afianzar la cultura de servicio al ciudadano						
	3. Establecer canales de atención						
Consolidación del documento	Cargo	Jefe Oficina Asesora de Planeación y Gestión de la Información					
	Nombre	Carlos Alberto Farodi					
	Firma						
Seguimiento a la Estrategia.	Cargo	Jefe de Control interno					
	Nombre	Daño Vladimir Coy Cruz					
	Firma						

✓ La matriz publicada en la pagina Web no se encuentra firmado por GITCI.

SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCION Y DE ATENCION AL CIUDADANO	FECHA DE SEGUIMIENTO			AVANCE		RESPONSABLE	OBSERVACIONES OCI
	ABRIL	AGOSTO	DICIEMBRE	EJECUTADA	% PENDIENTE		
Numeral 4.1. MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN							
Anexo 1 – Matriz de riesgos	X	X	X				
Numeral 4.2. ESTRATEGIA ANTITRÁMITES:					0		
· Construcción del portafolio de servicios interno para optimizar la relación con los servidores públicos de la Entidad, mismo que será divulgado ampliamente.							
· Seguimiento del estado de PQRSD a través de aplicativo en la página WEB institucional.							
· Consulta para cliente interno del estado de las PQRSD a través del aplicativo							
· Registro público sobre derechos de petición, teniendo en cuenta la Ley de Protección de Datos							
* Estrategia de Racionalización de trámites							
· Realizar medición y aplicar mejoras en caso que se requiera. trámites/servicios SUIT - Acciones administrativas apoyadas en el Sistema de GEstión de Calidad, para la mejora continua de procedimientos internos							
· Realizar medición y aplicar mejoras en caso que se requiera. trámites/servicios SUIT- Acciones administrativas apoyadas en el Sistema de GEstión de Calidad, para la mejora continua de procedimientos internos							
· Realizar medición y aplicar mejoras en caso que se requiera.						Oficina de Talento Humano	
Numeral 4.3 ESTRATEGIAS PARA LA RENDICIÓN DE CUENTAS							
Crear un link de Rendición de Cuentas							
Generación de Estrategia TI							
Plan de Participación Ciudadana 2015							
Numeral 4.4 ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO							
A. DESARROLLO INSTITUCIONAL PARA EL SERVICIO AL CIUDADANO							
* Construir y difundir el portafolio de servicios de la Entidad.							
<input type="checkbox"/> Socializar e implementar el Modelo de Servicio de la Unidad.							
<input type="checkbox"/> Contribuir al fortalecimiento de la estrategia de generación de confianza.							
* Implementar y optimizar procedimientos							
<input type="checkbox"/> Rediseñar el proceso de Servicio al Ciudadano de acuerdo al modelo de servicio, adaptado a las realidades e inversión presupuestal para las acciones de implementación del proceso al interior de la Unidad.							
<input type="checkbox"/> Asociar el Formulario Único de Registro de Servicio al Ciudadano con la ruta de PQRSD, con el fin de guiar la acción administrativa en la gestión de PQRSD.							
* Medir la satisfacción del ciudadano en relación con los trámites y/o servicios que presta la Entidad.							
<input type="checkbox"/> Realizar investigación cualitativa en cuanto a revisiones de los momentos de verdad en el servicio (encuestas de profundidad) a través del piloto de medición en la “Estrategia de Generación de Confianza”							
<input type="checkbox"/> Socializar la implementación del Buzón de Sugerencias interno, como canal institucional diseñado para obtener retroalimentación de los servidores públicos en el nivel central							

2.3 Relación con Entes Externos



2.3 Relación con Entes Externos

ROL	CONCEPTO	METAS	METAS MES	CUMPLIMIENTO		
				MES	ACUMULADO	
				N°	N°	%
1	VALORACIÓN DEL RIESGO	3	0	0	0	0%
2	ACOMPañAMIENTO Y ASESORÍA	116	10	10	10	9%
<u>3</u>	<u>EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO</u>	<u>97</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3%</u>
4	FOMENTO DE LA CULTURA DE CONTROL	13	0	0	0	0%
5	RELACIONES CON ENTES EXTERNOS	30	5	4	4	13,3%
	TOTAL	259	18	17	17	6,1%

2.4 Relación con Entes Externos



En el período del 1/01/2015 al 6/02/2015, se han presentado cuatro (4) informe a los organismos de control.

De acuerdo a la normativa vigente para las entidades públicas.

2.4 Relación con Entes Externos

ACTIVIDADES REALIZADAS

ENTIDAD	TIPO DE INFORME	PERIODO PRESENTACION INFORME	FECHA DE PRESENTACIÓN
CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA	Informe Gestión Contractual	1/09/2014 al 31/12/2014	19/01/2015
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA	Seguimiento al Plan de Mejoramiento suscrito con la CGR	1/07/2014 al 31/12/2014	23/01/2015
UACT	Informe pormenorizado del estado de control interno Ley 1474 de 2011	1/09/2014 al 31/12/2014	16/01/2015
Agencia de defensa jurídica del estado	Seguimiento LITIGOB	1/07/2014 al 31/12/2014	02/02/2015

FUENTE: INFORME RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS.

2.4.1 Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno Ley 1474 de 2011

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno, o
quien haga sus veces:

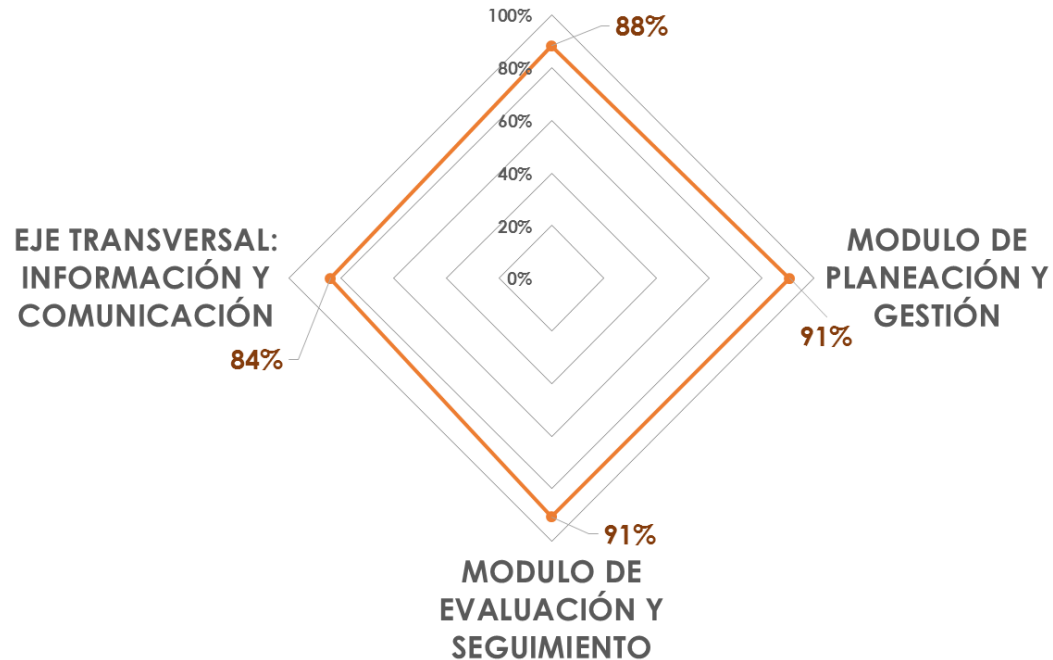
DAIRO VLADIMIR COY
CRUZ

Período evaluado: 01 de septiembre de 2014 al 31 de diciembre de 2014

Fecha de elaboración: 16 de enero de 2015

AVANCE IMPLEMENTACIÓN MECI 2014

SISTEMA DE CONTROL INTERNO - MECI 2014



Plan de Actualización del MECI 2014, conforme a los resultados presentados por la Oficina Asesora de Planeación, se encontró un **avance del 88%**.

2.4.1 Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno Ley 1474 de 2011

RECOMENDACIONES

Con relación a los resultados obtenidos en la evaluación del Modelo Estándar de Control Interno MECI Calidad, se sugiere implementar las acciones pertinentes frente a los siguientes aspectos a mejorar:

- ✓ Realizar actividades de evaluación y seguimiento a los programas adelantados por el Grupo de Talento Humano, para verificar la eficacia.
- ✓ Realizar autoevaluación al interior de la entidad sobre la rendición de cuentas, identificar temas de interés de los ciudadanos a través de PQRS u otros canales de comunicación. Como complemento debe realizarse seguimiento y control de acciones de rendición de cuentas.
- ✓ Programar e Implementar el plan institucional de capacitación y de bienestar social e incentivos desde el comienzo de la vigencia.
- ✓ Integrar canales de atención e información en las rendiciones de cuentas, con el fin de asegurar la consistencia y homogeneidad de la información que se entregue a la ciudadanía.
- ✓ Habilitar chats o salas de conversación o video chats como mecanismos de atención al ciudadano en línea.

2.4.1 Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno Ley 1474 de 2011

RECOMENDACIONES

- ✓ Implementar mecanismos que permitan: (i) hacer seguimiento al interior de la Entidad sobre la respuesta oportuna y de calidad de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias; y (ii) hacer seguimiento por parte de la ciudadanía a la respuesta de las mismas a través de los diferentes canales de atención.
- ✓ Realizar evaluación y seguimiento al plan de comunicaciones, el cual debe ser aprobado por el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo.
- ✓ No se ha realizado medición del impacto del plan de capacitaciones.
- ✓ No se evidencia la realización del seguimiento trimestral al Plan Estratégico.
- ✓ Tener en cuenta los resultados de las auditorías internas para implementar acciones en pro de la mejora continua del SIG de la UACT.
- ✓ Realizar evaluación y seguimiento al plan de comunicaciones, el cual debe ser aprobado por el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo.

2.4.2 Seguimiento a LITIGOB

Una vez realizado el seguimiento y verificación la información de los procesos judiciales y prejudiciales asignados a la UACT en el sistema LITIGOB, se observa lo siguiente:

- ✓ El proceso N° 52001333100820120012100 se encuentra registrado dos veces, una con ID Interno N° 291276 y otro con ID Interno N° 347514.
- ✓ Cinco (5) procesos judiciales denominados (N° 11001333603520130021000; N° 54001333300520130017600, N° 86001333300120140031300, N° 18001310500120140061000 y N° 05001333100420110061900) registrados en el sistema LITIGOB no son reportados en la relación entregada por la Oficina Asesora Jurídica.
- ✓ Cuatro (4) procesos judiciales denominados (N° 11001333603520130021000; N° 54001333300520130017600, N° 86001333300120140031300 y N° 18001310500120140061000) registrados en el sistema LITIGOB no tienen asignado apoderado.



2.4.2 Seguimiento a LITIGOB

- ✓ Ocho **(8) procesos prejudiciales** de los siguientes solicitantes (RUDER BUESACO QUINAYAS Y OTROS; LINA MARÍA PALMERA VIDES Y OTROS; EDER REYES PEÑA; MANUEL OLIVER JURADO LOPEZ; GEORGINA NUSCUE; FRANKLIN LEONARDO TORRES PARADA; EDUIN JOAN ROJAS POSADA y LUZ KARINA PERILLA INFANTE), **se encuentran registrados más de dos veces en el sistema LITIGOB.**



- ✓ Cinco **(5) procesos prejudiciales** denominados (N° 2014 – 80987; N° 2014 – 107055; N° 2014 – 96981; N° 2014 – 98372 y N° 2014 – 63390), **no se registran en la relación entregada por la Oficina Asesora Jurídica y no tienen asignado apoderado por parte de la UACT.**

AGENDA COMITÉ DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO

- 1 Cumplimiento PAAI 2014 periodo del 1/12/2014 al 31/12/2014
- 2 Cumplimiento PAAI 2015 periodo del 1/01/2015 al 6/02/2015
- 3 Plan de mejoramiento Institucional

“INSISTIR PERSISTIR Y NUNCA DESISTIR”

3.1 Plan de Mejoramiento 2012



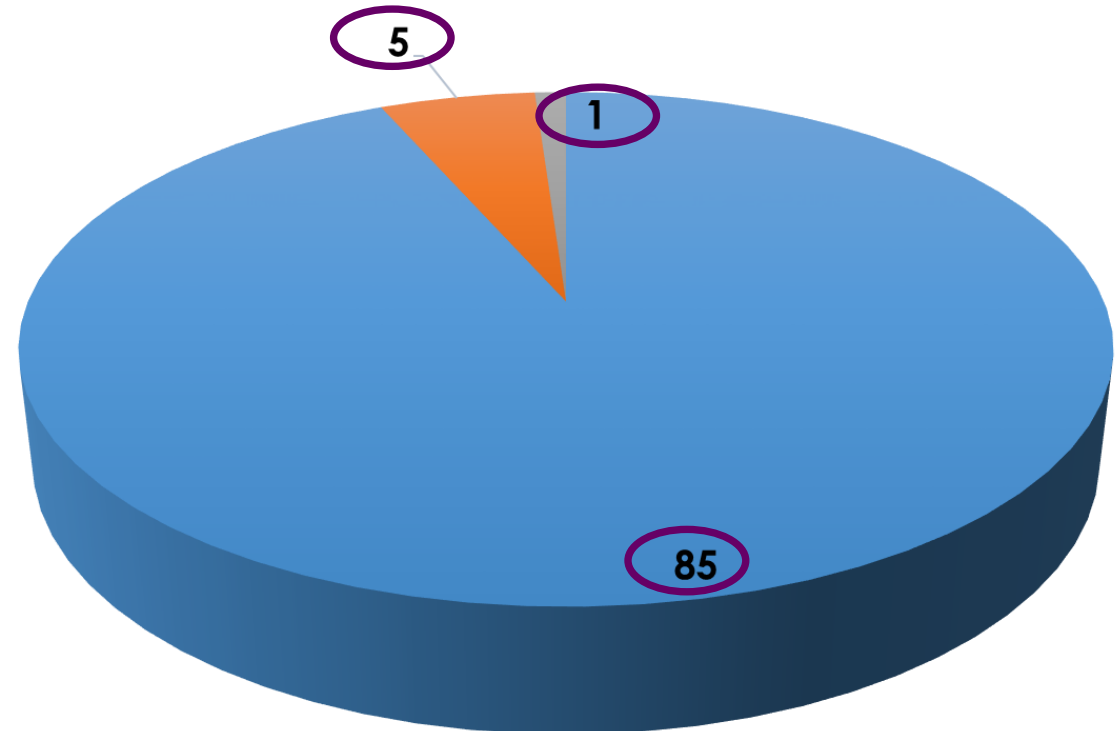
3.1. Seguimiento Plan de mejoramiento 2012

En la vigencia 2012, se tenían 91 hallazgos, de los cuales:

- ✓ 85 hallazgos se cumplieron
- ✓ 1 está vencido
- ✓ 5 hallazgos se repiten en la auditoría realizada en la vigencia 2014

Se procede a realizar el cierre de 85 hallazgos y quedan abiertos 6.

ESTADO AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO
VIGENCIA 2012



■ HALLAZGOS CUMPLIDOS
■ HALLAZGOS QUE SE REPITE EN AUDITORIA VIGENCIA 2014
■ HALLAZGOS VENCIDO

3.1. Seguimiento Plan de mejoramiento 2012

Relación de hallazgos que quedan abiertos.

DEPENDENCIA	HALLAZGOS	OBSERVACIÓN
GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE TALENTO HUMANO	No se evidencian actividades de diseño, ejecución y evaluación de los programas inducción y reinducción.	<p><u>Este hallazgo se repite</u> nuevamente en la ejecución de las <u>auditorías realizadas 2014</u>.</p> <ol style="list-style-type: none"> <u>Programa de Inducción:</u> Desde el Grupo de Talento Humano se adelantan acciones para la realización de los procesos de inducción, pero estos no se encuentran formalizadas, por lo anterior se evidencia un <u>incumplimiento del Artículo 7 del Decreto 1567 de 1998</u>, toda vez que en los planes institucionales establecidos por la UACT (Plan Estratégico, Plan de Acción Anual), no se incluyen actividades relacionadas con el programa de inducción y reinducción. <u>Programa de reinducción:</u> No se han realizado actividades de reinducción a los funcionarios de la UACT, evidenciándose un incumplimiento del literal a) <u>Artículo 7 del Decreto 1567 de 1998</u>, en razón a que no se tiene definido el programa de reinducción.

Fuente: Análisis de información Grupo Interno de Trabajo de Control Interno.

3.1. Seguimiento Plan de mejoramiento 2012

DEPENDENCIA	HALLAZGOS	OBSERVACIÓN
GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE TALENTO HUMANO	No se evidencian actividades de seguimiento y evaluación del plan capacitación y bienestar social de los servidores de la Unidad-	<p><u>Este hallazgo se repite</u> nuevamente en la ejecución de las <u>auditorías realizadas 2014.</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>No se han realizado medición del impacto del Plan de capacitaciones</u>, como lo establece el ítem h) Artículo N° 11 del Decreto 1567 de 1998. Se evidencia un incumplimiento del ítem d) Artículo 25 ítem del Decreto 1567 de 1998, toda vez que <u>no se la realización de actividades de evaluación y seguimiento a los programas adelantados</u>, para verificar la eficacia de los mismos y decidir sobre su modificación o continuidad.
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No se ejecutaron acciones para el desarrollo, implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Gestión Ambiental	<u>Las acciones</u> definidas <u>no fueron ejecutadas</u> , adicional es <u>obligatorio su implementación en razón</u> a los <u>compromisos asumidos con la CGR en la cuenta anual 2012 y 2013.</u>

3.1. Seguimiento Plan de mejoramiento 2012

Relación de hallazgos que quedan abiertos.

DEPENDENCIA	HALLAZGOS	OBSERVACIÓN
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	No se ejecutaron acciones para el desarrollo, implementación, mantenimiento y mejora del Sistema de Seguridad de la información.	<p><u>Este hallazgo se repite</u> nuevamente en la ejecución de las <u>auditorías realizadas 2014</u>.</p> <p>1. <u>Sistema de gestión de seguridad de la información: No se ha establecido el sistema de gestión de seguridad de la información</u> tanto para sus procesos misionales como para los de apoyo <u>de acuerdo a los lineamientos</u> sobre la materia diseñados por el <u>Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones</u> y incumpliendo lo establecido en el numeral 2.5.5 - Gestión de Tecnologías de información de la Metodología para la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.</p>
GERENCIA REGIONAL CATATUMBO	En Desarrollo Institucional y Justicia, No se evidencia el diagnóstico de las debilidades de justicia en la región para que la comunidad tenga acceso a los mecanismos de justicia formal y no formal.	En la <u>auditoria realizada en el 2013</u> se observó el <u>no cumplimiento de las acciones</u> , por lo que <u>quedo como hallazgo el no cumplimiento del Plan de mejoramiento</u> . Para el <u>2014 se realizó</u> la <u>revisión</u> del cumplimiento de las acciones propuestas encontrándose que <u>aun no se cumple con las acciones propuestas</u> .

3.1. Seguimiento Plan de mejoramiento 2012

Relación de hallazgos que quedan abiertos.

DEPENDENCIA	HALLAZGOS	OBSERVACIÓN
GERENCIA REGIONAL CATATUMBO	En Desarrollo Institucional y Justicia, No se evidencia la coordinación con las autoridades locales actividades para crear y/o fortalecer mecanismos de resolución de conflictos.	En la <u>auditoria realizada en el 2013</u> se observó el <u>no cumplimiento de las acciones</u> , por lo que <u>quedo como hallazgo el no cumplimiento del Plan de mejoramiento</u> . Para el <u>2014 se realizó</u> la <u>revisión del cumplimiento de las acciones</u> y se encontró que <u>aun no se cumple con las acciones propuestas</u> .

Fuente: Análisis de información Grupo Interno de Trabajo de Control Interno.

3.2 Plan de Mejoramiento 2013



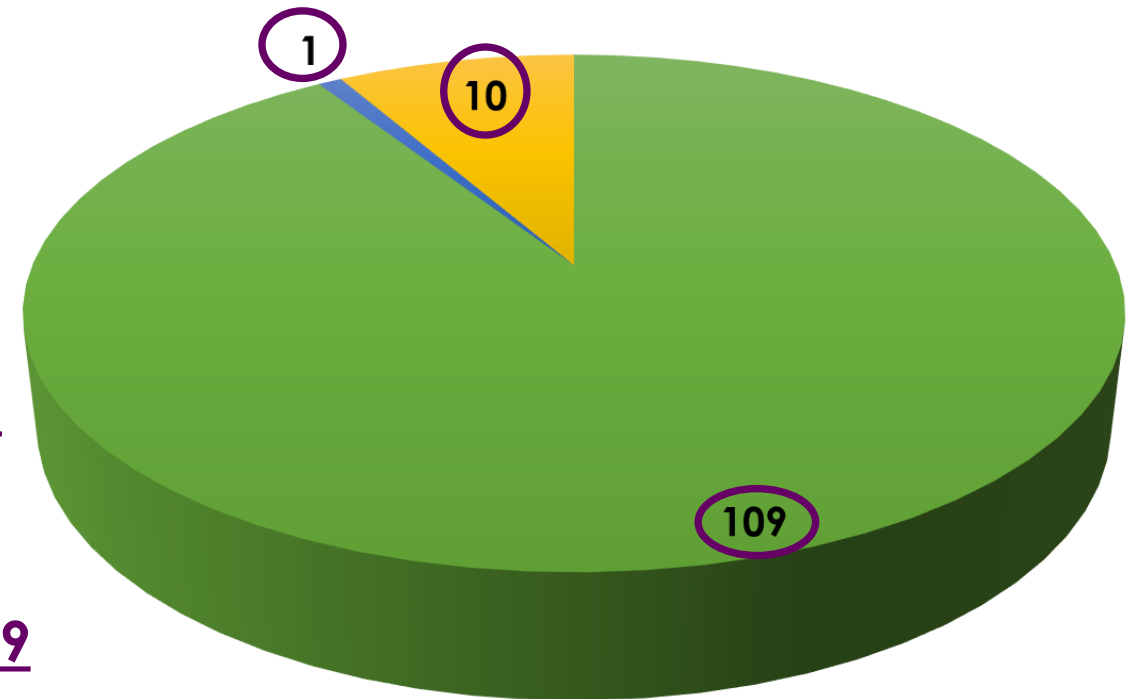
3.2. Seguimiento Plan de mejoramiento 2013

En la vigencia 2013, se tenían 120 hallazgos, de los cuales:

- ✓ 109 hallazgos cumplidos
- ✓ 1 hallazgos se encuentran vencidos.
- ✓ 10 hallazgos se repiten en la auditoría realizada en la vigencia 2014

Se procede a realizar el cierre de 109 hallazgos y quedan abiertos 12.

ESTADO AVANCE PLAN DE MEJORAMIENTO
VIGENCIA 2013



- HALLAZGOS CUMPLIDOS
- HALLAZGOS VENCIDOS
- HALLAZGOS QUE SE REPITE EN AUDITORIA VIGENCIA 2014

3.2. Seguimiento Plan de mejoramiento 2013

Relación de hallazgos que quedan abiertos.

DEPENDENCIA	HALLAZGOS	OBSERVACIÓN
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	Al comparar la información registrada en el SISMEG sobre el avance cualitativo del indicador "PORCENTAJE DE PROYECTOS EJECUTADOS DEL TOTAL DE PROYECTOS DE LOS PLANES DE ACCIÓN REGIONALES INICIADOS", con la información entregada por la Oficina Asesora de Planeación y Gestión de la Información, no hay relación con el total de proyectos terminados, ya que en el avance cualitativo del indicador del SISMEG se registran 162 proyectos terminados y en el archivo PAR se encuentran 279. La información reportada al SISMEG no corresponde al suministrado por la OAPGI	<p><u>Este hallazgo se repite</u> nuevamente en la ejecución de las <u>auditorías realizadas 2014</u>.</p> <p><u>Plan Acción Regional (PAR):</u> Al <u>comparar la información consolidada del PAR con la información</u> entregada por la OAPGI para evaluar el cumplimiento de las metas del Sistema de seguimiento a metas de gobierno - <u>SISMEG</u>, se observa que <u>existen diferencia</u>.</p>
	Al comparar la información registrada en el SISMEG sobre el cualitativo del indicador "PORCENTAJE DE PROYECTOS EN EJECUCIÓN DEL TOTAL DE PROYECTOS DE LOS PLANES DE ACCIÓN REGIONALES", con la información entregada por la Oficina Asesora de Planeación y Gestión de la Información, no hay relación de total de proyectos que se encuentran en ejecución, ya que en el avance cualitativo del indicador SISMEG se registran 481 proyectos en ejecución y en el archivo PAR se encuentran 479.	

3.2. Seguimiento Plan de mejoramiento 2013

Relación de hallazgos que quedan abiertos.

DEPENDENCIA	HALLAZGOS	OBSERVACIÓN
COORDINACIÓN REGIONAL ARAUCA	No se da cumplimiento con los puntos establecidos en la Circular 009 del 24 de julio de 2012-proceso de archivo, ya que las carpetas no cumplen con la foliación, la rotulación no es correcta, no se diligencia el formato 006 con el registro del ingreso de documentos en cada carpeta.	<u>Este hallazgo se repite</u> nuevamente en la ejecución de las <u>auditorías realizadas 2014</u> .
	No se lleva un inventario de las carpetas de archivo documental, y no se cuenta con un sitio adecuado que asegure la conservación y seguridad de la información documental de la Coordinación Regional.	<u>Se evidencia</u> que <u>no se está</u> dando <u>aplicando</u> la <u>Circular 9 del 24/07/2012</u> con relación al <u>proceso de archivo</u> , debido a que <u>existen carpeta del 2013 y 2014 sin foliar</u> , no se encuentra el formato F-UACT-006 <u>CONTROL INGRESO DOCUMENTOS</u> .
GERENCIA REGIONAL META CAGUÁN	Se evidenció que no se han cumplido con el total de las actividades programadas en el Plan Operativo Anual (POA) ya que de 529 actividades planeadas, al 31 de agosto de 2013, se han ejecutado 380 actividades arrojando un cumplimiento del 72%.	<u>Este hallazgo se repite</u> nuevamente en la ejecución de las <u>auditorías realizadas 2014</u> . En el <u>PO con corte a Sep/14</u> se tenía <u>programada 75</u> acciones y se <u>ejecutaron 51 acciones</u> para un porcentaje de <u>ejecución del 68%</u> . Las acciones propuestas por la GR no tiene relación con el hallazgo

3.2. Seguimiento Plan de mejoramiento 2013

Relación de hallazgos que quedan abiertos.

DEPENDENCIA	HALLAZGOS	OBSERVACIÓN
GERENCIA REGIONAL META CAGUÁN	Se evidencio que el archivo de la Gerencia Regional Meta Caguán, los folios de las carpetas no se encuentran debidamente enumeradas en la parte superior con lápiz, ni se relacionan los documentos en el formato (F-UACT-006 CONTROL INGRESO DOCUMENTOS). Incumpliendo la Circular N° 00009 del 24 /07/2012, Punto III Proceso de Archivo.	<u>Este hallazgo se repite</u> nuevamente en la ejecución de las <u>auditorías realizadas 2014</u> .
	En la Gerencia Regional Meta Caguán, se evidencio que no están rotuladas las carpetas (ROTULO_CARPETAS_UACT). Incumpliendo la Circular N° 00009 del 24 /07/2012 en el Punto III Proceso de Archivo.	<u>Se evidencia</u> que <u>no se está</u> dando <u>aplicando</u> la <u>Circular 9 del 24/07/2012</u> con relación al <u>proceso de archivo</u> , debido a que <u>existen carpeta del 2013 y 2014 sin foliar</u> , no se encuentra el formato F-UACT-006 <u>CONTROL INGRESO DOCUMENTOS</u> .
	Se evidencio que no se lleva un inventario de las carpetas de archivo documental en la Gerencia Regional Meta Caguán, como lo describe la Circular N° 00009 del 24/07/2012 en el Punto V - Inventario Documental, que expresa "Realizar inventario de las carpetas que tiene en custodia cada dependencia", Responsable "Todo funcionario quien tenga bajo su responsabilidad el manejo de documentos".	También <u>se evidencia</u> que <u>los profesionales no hacen uso</u> de la herramienta <u>ORFEO</u> . <u>Las comunicaciones oficiales</u> que se generen por la Gerencia deben ser <u>no son radicadas</u> en <u>ORFEO</u> .
	Se evidencio que ocho (8) funcionarios de la Gerencia Regional Meta Caguán, no ingresan al sistema Orfeo. Incumpliendo el Punto IV- INDEXACIÓN DE DOCUMENTOS A ORFEO, de la Circular N° 00009 del 24/07/2012.	

3.1. Seguimiento Plan de mejoramiento 2013

Relación de hallazgos que quedan abiertos.

DEPENDENCIA	HALLAZGOS	OBSERVACIÓN
GERENCIA REGIONAL CATATUMBO	De veintidós (22) acciones definidas en el plan de mejoramiento por procesos con corte a 30 de septiembre de 2013, se evidencia que no se ha dado cumplimiento con once (11) acciones.	En la <u>auditoria realizada en el 2013</u> se observó el <u>no cumplimiento de las acciones</u> , por lo que <u>quedo como hallazgo el no cumplimiento del Plan de mejoramiento</u> . Para el <u>2014 se realizó</u> la <u>revisión del cumplimiento de las acciones</u> y se encontró que <u>aun no se cumple con las acciones propuestas</u> .
GERENCIA REGIONAL NUDO DE PARAMILLO	Dos (2) solicitudes realizadas por la ciudadanía a través de página web, están pendientes por responder por la Gerencia Regional Nudo de Paramillo	<u>Este hallazgo se repite</u> nuevamente en la ejecución de las <u>auditorías realizadas 2014</u> , Se encuentra que <u>existen peticiones</u> que se <u>da respuesta fuera del termino</u> . 1. <u>Estándares para atención de PQRDS</u> : Adicionalmente, <u>no se cuenta</u> con <u>mecanismos de seguimiento a la respuesta oportuna de las solicitudes</u> presentadas por los ciudadanos

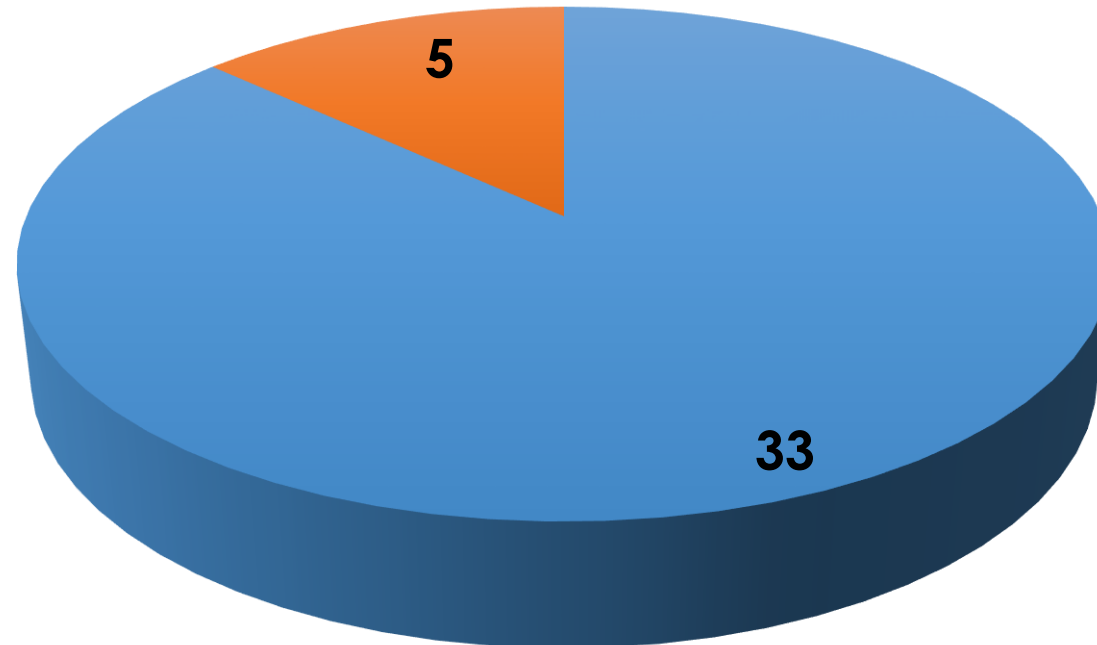
Fuente: Análisis de información Grupo Interno de Trabajo de Control Interno.

3.3 Plan de Mejoramiento CGR



3.3. Cumplimiento del Plan de Mejoramiento CGR

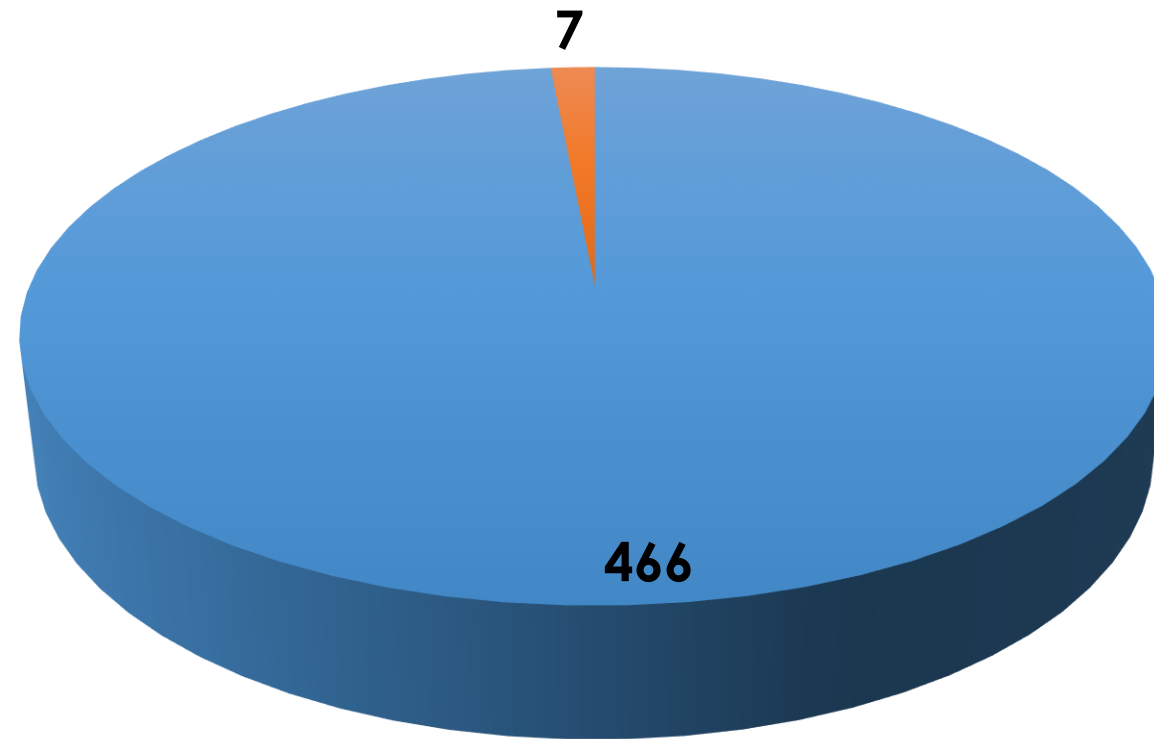
CUMPLIMIENTO DE HALLAZGOS PLAN DE
MEJORAMIENTO CGR 31/12/2014



- HALLAZGOS CUMPLIDOS AL 100%
- HALLAZGOS PENDIENTES POR CUMPLIR ACCIONES

3.3. Cumplimiento del Plan de Mejoramiento CGR

CUMPLIMIENTO DE ACCIONES PLAN DE
MEJORAMIENTO CGR 31/12/2014



■ ACCIONES CUMPLIDAS ■ ACCIONES PENDIENTES POR CUMPLIR

3.3. Cumplimiento del Plan de Mejoramiento CGR

Hallazgo N° 3: Se definió la siguiente actividad “Diseño de los indicadores que permitan realizar el cálculo del índice de la PNCRT”, para el cumplimiento de esta actividad precisó la formulación de **40 indicadores** con corte a **31 de diciembre de 2013**, pero solo se evidencia que **se definieron 37** indicadores quedando la ejecución de esta actividad con un **93% de avance**.



Observación: “El índice de consolidación se desarrollo al 100%, la razón por la cual se dijo que estaría integrada por 40 indicadores estaba referido a la prueba piloto que se desarrollo con 3 municipios es importante aclarar que en el proceso de implementación, hubo dificultades en las fuentes de información, dando como resultado 37 indicadores para la línea base 2011-2012”.

3.3. Cumplimiento del Plan de Mejoramiento CGR

Hallazgo N° 30 se definió la siguiente actividad “Selección y provisión de la totalidad de la planta”, para el cumplimiento de esta actividad se preciso suscribir 72 resoluciones de nombramiento con corte a 31 de diciembre de 2013.

Con corte a 31/12/2014, se han suscrito 69 resoluciones de nombramiento quedando pendiente la suscripción de 3 resoluciones de nombramiento.

Observación a la CGR: “Con corte a 31 de diciembre se *proveyeron trecientos doce (312) cargos del total de la planta*”



3.3. Cumplimiento del Plan de Mejoramiento CGR

Hallazgo N° 36 La UACT no contó con una hta tecnológica de registró, seguimiento y control para la información de los Planes de Consolidación, la CGR observa que la hta utilizada formato Excel presenta debilidades y deficiencias, situación que afecta la confiabilidad, veracidad y seguridad de la información.

Se definió la siguiente actividad “realizar pruebas del sistema se información de los planes de consolidación”

Observación: “No se realizó la contratación de la aplicación debido a que no se contaba con presupuesto, tiempo y debía reestructurar el proceso de acuerdo con los nuevos lineamientos de MINTIC direccionandos a que cada componente tecnológico debe tener una estructura de arquitectura empresarial. La aplicación se contratara en el 2015”




3.4 Plan de Mejoramiento 2014



3.4. Seguimiento Plan de mejoramiento 2014

Como producto de las Auditorias al Sistema Integrado de Gestión se generaron **50 hallazgos**, a la fecha se han documentado **64 metas** encontrando lo siguiente:

- ✓ **2 Hallazgos sin diligenciar** Plan de Mejoramiento - relacionados con **COPASO** y la revisión de 6 metas (causa/efecto/Un. de medida/fecha/responsable) a cargo de **Talento Humano**.
- ✓ **5 metas pendientes por definir el responsable** de la **acción**,:
 - ✓ Cuatro (4) **Resolución** de aprobación del Programa Gestión Documental
 - ✓ Un (1) **aplicativo** para registro y seguimiento de Derechos de Petición.

	FORMATO REGISTRO Y SEGUIMIENTO ACCIONES CORRECTIVAS, PREVENTIVAS Y DE MEJORA	Código: FM-01-PD- EVI-06
	Macroproceso: Seguimiento, Evaluación y Control	Versión: 1
	Proceso: Evaluación Independiente	Vigencia: 16/05/2014

1. INFORMACIÓN DEL MACROPROCESO:
PROCESO:
SUBPROCESO/ PROCEDIMIENTO:
FECHA:
RESPONSABLE DE LA UACT:

2. TIPO DE ACCION A APLICAR		
ACCION CORRECTIVA <input type="checkbox"/>	ACCION PREVENTIVA <input type="checkbox"/>	PLAN DE MEJORA <input type="checkbox"/>

3. ORIGEN DE LA ACCIÓN	
AUDITORIA INTERNA <input type="checkbox"/>	SUGERENCIA, QUEJAS O RECLAMOS <input type="checkbox"/>
PRODUCTO NO CONFORME <input type="checkbox"/>	MAPA DE RIESGOS <input type="checkbox"/>
RESULTADOS REVISION POR COMITÉ DIRECTIVO <input type="checkbox"/>	AUDITORIA EXTERNA <input type="checkbox"/>
RESULTADOS DE INDICADORES <input type="checkbox"/>	AUTOEVALUACIÓN DE C.I. <input type="checkbox"/>
OTRO: CUAL? <input type="text"/>	

4. DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD, PROBLEMA, OPORTUNIDAD DE MEJORA Y/O PROBLEMA POTENCIAL	5. IDENTIFICADA POR
<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. METODOLOGIA UTILIZADA PARA EL ANALISIS DE CAUSAS		
5 POR QUES? <input type="checkbox"/>	Las 6 M's <input type="checkbox"/>	Lluvia de ideas <input type="checkbox"/>

7. IDENTIFICACIÓN DE LAS CAUSAS
<input type="text"/>
OBJETIVO DE LA ACCION DE MEJORA
<input type="text"/>

Responsable de la UACT			
8. PLAN DE ACCION			
ACCIONES	RESPONSABLE	CARGO	FECHA LIMITE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coordinador de el plan de acción de la UACT		Fecha de compromiso:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

* Para diligenciar por el responsable de realizar el seguimiento de la acción		
9. SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION		
COMENTARIOS O RESULTADOS DE LAS ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

10. VERIFICACIÓN DEL OBJETIVO DE LA ACCIÓN DE MEJORA	
Auditor/Responsable de la verificación	Responsable de la UACT y fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>

11. EFICACIA DE LA ACCION	
Si (comentario):	No (comentario):
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cordinador Grupo Interno de Trabajo de Control Interno	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Estado de la Acción	CERRADA <input type="checkbox"/>	ABIERTA <input type="checkbox"/>
Fecha de cierre:	<input type="text"/>	
Nombre y Firma del Coordinador Grupo Interno de Trabajo de Control Interno	<input type="text"/>	
Nombre y Firma del Responsable del proceso la UACT	<input type="text"/>	

¡Gracias!

DAIRO VLADIMIR COY CRUZ
GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE CONTROL INTERNO
Carrera 100 No 25D-61 Fontibón, Piso 2
Teléfonos: Móvil 3202370572
4221030 Ext. 1400
Vladimir.coy@consolidacion.gov.co