

ANEXO 1 CONSOLIDADO AUDITORIAS PROCESOS

Tematica - Debilidad	Aspectos encontrados	Proceso(s) en los que se evidenció	Riesgo Asociado	Incluido en Mapa de Riesgos Institucional	Posibles causas	Posibles Efectos	Documentación del Control (Id por el GITCI)	Evaluación de los Controles	Código Oportunidad de mejora Sigla proceso+ (H/O) + Numero	Q	Recomendaciones
Procedimientos, Políticas y Puntos de control	*No existen procedimientos /o Se encuentran desactualizados /o no se desarrollan conforme a lo descrito. *Las políticas de Operación descritas en el Proceso y/o procedimientos, no aplican como elementos de control o guías de acción para hacer eficiente la operación. *Ausencia de puntos de control en procedimientos, que permitan la mitigación de los riesgos y/o la toma de decisiones en actividades donde se puede afectar el cumplimiento del objetivo	Direccionamiento Estratégico	Inadecuada trazabilidad en la ejecución de las actividades y el flujo de la información del SIG-ART.	No	*Desconocimiento de lineamientos y políticas relacionadas con la gestión documental y el Sistema Integrado de Gestión SIGART. *Desconocimiento de la normatividad, metodologías y conceptos. * Servidores cuentan con archivos personales y la información es institucional. * No se cuenta con los registros y documentos de las actividades ejecutadas de manera organizada conforme a los lineamientos de Gestión Documental * No se tienen documentados los productos de la entidad	*No contar con un Sistema de Control Interno fortalecido en sus procedimientos de manera que permitan garantizar la trazabilidad de la información. *Incumplimiento de lo establecido en: la Ley 87 de 1993 art. 4 literales b), d) y i); art. 2 literalesf) a), b), c), e), f) *Se genere información imprecisa relacionada con la intervención de la Entidad.	MI-DE-01 Manual de operación - Sistema de Gestión - SIGART v2	Existe y no es efectivo	DE-O-01	17	* Es necesario actualizar los procedimientos teniendo en cuenta las observaciones realizadas en el desarrollo de las auditorías y determinar puntos de control efectivos que permitan minimizar el impacto de los riesgos. *Ajustar los documentos de apoyo a la operación de los Procesos y procedimientos e incluirlos en el SIGART. *Reformular las Políticas de Operación de los Procedimientos / Procesos, en relación con sus objetivos, toda vez que estas deben ser las guías de Acción para la implementación de las estrategias de ejecución de las dependencias relacionadas con los procesos. * Definir Puntos de control con el propósito que conlleven a la toma de una decisión importante en las actividades donde se ejecutan o se pueda ver afectada la calidad del producto o servicio y por ende, el objetivo del proceso o procedimiento. *Ajustar el Manual de Operación del Sistema (SIGART) incluyendo los conceptos "clave" para el establecimiento de procedimientos y elementos de control como: políticas, Manuales, indicadores, etc, y Redefinir la estructura documental del Sistema en la Guía GE-SIG-01. * Se sugiere que el archivo este a cargo de un solo funcionario delegado por el Jefe de la Oficina.
		SEPP-O-02									
		EI-H-01									
		IPP-H-01									
		PP-H-01									
		GJ-O-01									
		GF-O-04									
		GF-O-05									
		GTH-H-01									
		GTH-H-02									
		GC-O-02									
		GA-O-04									
		SC-H-01									
		SI-H-01									
		SI-H-02									
		CE-O-02									
SGD	Debilidades en la organización de archivos físicos y/o digitales según las tablas de retención documental - (Expedientes/ ORFEO)	Gestión Jurídica	Pérdida de información y/o documentos de la Entidad	No	Desconocimiento de los lineamientos y políticas relacionadas con la gestión documental * Solo el 51% de los servidores de la ART conocen las responsabilidades en el PGD (Fuente: Resultados Encuesta Funcionarios 2018) * El 22% de los servidores no conocen la TRD * Solo el 62% de los funcionarios utiliza ORFEO * El 33% no conoce los Manuales de GED. *Inconvenientes en ORFEO para archivo de documentos, creación de expedientes y duplicidad de memorandos entre otros	*Incumplimiento de lo establecido en: la Ley 87 de 1993 art. 2 literales e) y g) *Incumplimiento de la Normatividad (Ley de Archivo y normatividad interna) Hallazgos por parte del AGN si realizaran visita de auditoría	PGD TRD LMD	Existe y no se aplica -	GJ-O-03	11	* Se sugiere que el archivo dé cuenta de la operación del proceso y procedimientos. * Mantener y conservar los archivos físicos y digitales conforme a la TRD aprobada teniendo en cuenta los lineamientos del PGD. *Mantener depurada la información en el aplicativo ORFEO . *Rotular los expedientes acuerdo con la TRD y llevar la hoja de control de ingreso en cada uno. *Gestionar la actualización de las TRD, conforme a la evolución de los procesos y ajuste de procedimientos. *Actualizar el Programa de Gestión Documental, en cuanto a los cambios normativos, contenidos acordes al Orfeo en su nueva versión y en las Tablas de Retención Documental; para facilitar el manejo, la organización y la conservación de los documentos. *Elaborar el Plan Institucional de Archivos (PINAR), para dar cumplimiento a la normativa vigente.
		SEPP-O-01									
		GF-H-03									
		GTH-H-06									
		EI-H-02									
		IPP-H02									
		GC-O-01									
		CE-O-01									
	Se evidencia que al 30 de septiembre del 2018 la ART no cuenta con las Tablas de Valoración Documental aprobadas, lo que genera incumplimiento en uno de los instrumentos archivísticos de la gestión documental establecida en el Acuerdo #4 del 15 de marzo de 2013 del AGN El PGD con corte a 30/09/18 esta desactualizado ...incumpliendo la Ley 594/2000. Se evidencia que la ART al 30/09/2018, no cuenta con un Plan Institucional de Archivos (PINAR), lo que genera incumplimiento del Decreto 1083 de 2015 *ART.2.2.22.3.14.	Gestión Administrativa	Contar con un Sistema de Gestión Documental desactualizado	No	Desconocimiento de la normatividad o falta de aplicación	Incumplimiento de lo establecido en al Ley 87 de 1993. Art 1; Art 3. Literal a); Art 4 literales e) i)	PGD	Existe y No es efectivo	GA-H-01		
									GA-O-02		
									GA-H-03		

ANEXO 1 CONSOLIDADO AUDITORIAS PROCESOS

Tematica - Debilidad	Aspectos encontrados	Proceso(s) en los que se evidenció	Riesgo Asociado	Incluido en Mapa de Riesgos Institucional	Posibles causas	Posibles Efectos	Documentación del Control (Id por el GITCI)	Evaluación de los Controles	Codigo Oportunidad de mejora Sigla proceso+ (H/O) + Numero	Q	Recomendaciones	
Supervisión Contratos	No se observa expediente físico o virtual de la supervisión de contratos de conformidad con lo establecido en el Manual de Contratación de la ART en el Título III, Capítulo I, numeral 1,4,1, literal h, <i>Organizar el archivo de la supervisión del contrato que como minimo deberá contener los siguientes documentos</i>	Seguimiento y evaluación de Planes y Programas	<i>"Que el control y seguimiento de la ejecución contractual se realice en forma indebida por parte de los supervisores o interventores de los contratos"</i>	Si	1.Desconocimiento de las normas y responsabilidades como supervisores o interventores 4.No se toman las acciones preventivas para que el contrato se ejecute en debida forma	<i>*No se preste el servicio o no se cumplan con los requerimientos para la satisfacción de las necesidades de la Entidad.</i> <i>* Incumplimiento de la normatividad y Manual de Contrtación.</i> <i>*Procesos disciplinarios</i>	<i>*Manual de Contratación</i> <i>*Comunicación de Supervisión</i>	Existe y no se aplica	SEPP-O-05	3	Dar el adecuado manejo de los archivos físicos y digitales que soportan la ejecución de los contratos	
	Implementación de Programas y Proyectos	IPP-H-05										
	En el marco de la Auditoría Especial al Contrato SG-0027-18, se encontró: Debilidades en los controles para el ejercicio de la función de supervisión, no se verifica el correcto diligenciamiento de los formatos que deben hacer parte del expediente contractual, no se documenta debidamente el cumplimiento de actividades frente a lo reportado en los informes de supervisión, falta de trazabilidad documental, diferencias en los valores de facturas reportados en Informes de Supervisión y debilidades en la gestión de Archivo físico y virtual.	Gestión Administrativa							AE-H-01 AE-O-02 AE- O-03 AE-H-04 AE-O-05 AE-H-06			
Indicadores	Indicadores documentados que no generan valor agregado a la operación del proceso o no miden efectivamente la operación de proceso	Seguimiento y evaluación de Planes y Programas	Contar con métodos no confiables para la evaluación de la gestión de los procesos, que permitan detectar y corregir las desviaciones que se presenten y que puedan afectar el logro de sus objetivos	No	Desconocimiento de la normatividad y conceptos del SIGART	<i>*Incumplimiento de lo establecido en: la Ley 87 de 1993 art. 1; art 2 literales d), e) y g); art 4 literales i) y j)</i>	Fichas de indicadores	Existe y no es efectivo	N-A	6	<i>* Se sugiere que para la definición de indicadores de gestión del proceso, se tenga en cuenta lo establecido en los objetivos del proceso y procedimientos, que sean de impacto o resultados para que generen valor agregado al proceso; Adicionalmente, que sean fuente de información y obtener datos que sirvan para la toma de decisiones.</i> <i>* Tener en cuenta lo establecido en la Guía para la construcción y análisis de indicadores de Gestión 2015</i>	
		Estructuración de Iniciativas para la Renovación del Territorio							EI-O-03			
		Implementación de Programas y Proyectos							IPP-O-06			
		Gestión Talento Humano							GTH-O-04			
		Gestión Administrativa							GA-O-05			
		Servicio al Ciudadano							SC-O-03 SC-O-04			
		Metodología para la Planeación y Seguimiento Institucional							No se cuenta con una metodología que integre las herramientas e indique a los "Clientes" del proceso el paso a paso en la construcción de la planeación institucional, el seguimiento, responsables, presentación de resultados, periodicidad o fechas...			Direccionamiento Estratégico
Se observa que el Plan de Acción de la dependencia no establece las actividades a cargo de los funcionarios y/o colaboradores de la misma, sino las ejecutadas por el coordinador, por lo tanto, el seguimiento de esta herramienta no permite identificar o documentar el seguimiento de actividades de los funcionarios.	Servicio al Ciudadano - Todos				<i>1.No se cuenta con un aplicativo que facilite el seguimiento y generación de alarmas</i> <i>* No se cuenta con metodología que permita realizar el despliegue de metas y actividades institucionales</i> <i>*Los compromisos e indicadores no permiten generar una evaluación ajustada en la práctica a los conceptos</i> <i>*Los resultados de la encuesta a funcionarios indican que solo el 50,5% conocen los planes de sus dependencias y participaron en su construcción</i>	No existe	No existe control documentado	SC-H-08				
Se observan Acuerdos de Gestión que no atienden la metodología establecida por el DAFP y acogida por la entidad con la Resolución No. 000076 del 28 de febrero de 2017	Seguimiento y evaluación de Planes y Programas		Inoportuno o inadecuado seguimiento a la gestión de la Entidad.	Si			Resolución No. 000076 del 28 de febrero de 2017	Existe y No es efectivo	SEPP-O-04			
	Planeación Participativa								PP-O-03			
	Implementación de Programas y Proyectos								IPP-O-04			

Tematica - Debilidad	Aspectos encontrados	Proceso(s) en los que se evidenció	Riesgo Asociado	Incluido en Mapa de Riesgos Institucional	Posibles causas	Posibles Efectos	Documentación del Control (Id por el GITCI)	Evaluación de los Controles	Codigo Oportunidad de mejora Sigla proceso+ (H/O) + Numero	Q	Recomendaciones
Identificación y/o documentación de los Riesgo	El proceso presenta riesgos identificados que no tienen la relevancia para darle la categoría de riesgo. / No cuenta con Riesgos identificados. / Debilidades en la identificación y documentación de riesgos en el Mapa de riesgos de la ART	Seguimiento y Evaluación de Planes y Programas	Inadecuada gestión de Riesgos para garantizar el cumplimiento del objeto misional y el funcionamiento del Sistema de Control Interno,	No	Desconocimiento de la normatividad. Desconocimiento de la metodología y conceptos. Falta de Compromiso.	*Incumplimiento de la normatividad (Ley 87 de 1993 Art. 2 Literales a) y f). Decreto 1083 de 2015 Art 2.2.21.5.4) *No contar con un Sistema de Control Interno fortalecido	POL-SIG-03 MANUAL ADM DE RIESGOS ART V2	Existe y no se aplica	SEPP-O-03	4	*Para la documentación de los riesgos es necesario hacer una revisión de la caracterización de los procesos y procedimientos, identificando las situaciones que podrían presentarse para obstaculizar el cumplimiento de objetivos, metas y funciones relacionadas con el proceso. *Es importante considerar la inclusión de políticas y puntos de control efectivos dentro de los procedimientos para minimizar la exposición a los riesgos. *Se deben establecer controles en el Mapa de Riesgos, que permitan prevenir las causas que generen los riesgos documentados del proceso.
		Planeación Participativa							PP-H-02		
		Gestión Jurídica							GJ-O-02		
		Implementación de Programas y Proyectos							IPP-H-03		
Riesgos Materializados	No se transmite la información ante la DIAN relacionada con los Convenios de Cooperación y Asistencia Técnica con Organismos Internacionales. (Riesgo Materializado)	Gestión Financiera	Incumplimiento de la presentación de la información tributaria e información a entes de control	Si	Desconocimiento de las obligaciones de las entidades contenidas en las normas. *El 37% de los servidores de la ART no conoce la política ni metodología de Adm de Riesgos (F.Encuesta 2018)	Sanciones por incumplimiento de la Resolución N°060 del 30 de octubre de 2017, – DIAN Título II “Artículo 2, Resolución N°000228 del 31 de octubre de 2013, Título IX Artículo 39 y Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016	No existe	No existe control documentado	GF-H-02	2	Es conveniente que la información que requerida por la DIAN sea compilada por los supervisores y enviada al proceso de gestión Financiera para su procesamiento y envío.
	Se evidencian debilidades en la gestión del Riesgo del Proceso de Servicio al Ciudadano, toda vez que los riesgos del proceso se materializaron; los controles no han sido efectivos y se siguen presentando respuestas de PQRDS fuera de términos o sin contestar.	Servicio al Ciudadano - Todos	Dar respuesta fuera de términos a las PQRSD radicadas en la Entidad	Si	<i>Falta de Conocimiento Normatividad - Capacitación - Sensibilización - Falta de autocontrol.</i> <i>Perfil de los Delegados o responsables para el trámite de las PQRSD</i>	Incumplimiento de lo establecido en: la Ley 87 de 1993 art. 2 literales a) yf), y Res. 000379 de 2017 - ART. <i>Procesos Disciplinarios</i> <i>Afectación imagen Institucional</i> <i>Acciones Legales (Tutelas - Demandas)</i>	<i>Aplicativo de Registro (Excel) para el control de los términos de respuesta</i> <i>Requerimientos periódicos a las dependencias para dar respuesta oportuna</i>	Existe y no se aplica	SC-H-02		Es necesario actualizar el procedimiento, que se determinen puntos de control efectivos y acciones en el mapa de riesgos, que involucren a todas las dependencias y generen compromiso frente a la atención oportuna de las PQRDS.
Gestión de PQRDS	Se evidencia que la oportunidad de respuesta a las PQRDS disminuyó en el mes de septiembre de 2018, con respecto al corte de junio, pasando del 68% al 63%. El 35% de las PQRDS con corte a septiembre se respondieron fuera de términos y el 3% se encuentra sin responder.	Servicio al ciudadano - Todos	<i>Dar respuesta fuera de términos a las PQRSD radicadas en la Entidad</i>	Si	<i>Falta de Conocimiento Normatividad - Capacitación - Sensibilización - Falta de autocontrol;</i> <i>Perfil de los Delegados o responsables para el trámite de las PQRSD</i>	*Incumplimiento en la normatividad vigente *Sanciones correspondientes mencionadas en la Ley 1755 de 2015 Artículo 31. Falta disciplinaria.	Circular 000011 de julio de 2018 <i>Aplicativo de Registro (Excel) para el control de los términos de respuesta</i>	Existe y no se aplica	SC-H-06	2	*Implementar una política interna que indique a los responsables de respuesta a las PQRDS, que para mejorar el servicio y oportunidad, se responda uno o dos días antes del vencimiento de términos, dado que se generan datos que distorsionan la evaluación de la oportunidad de respuesta. *Es pertinente formular acciones que permitan determinar resultados del indicador incluyendo todos los canales de atención, conforme al aspecto metodológico descrito en el Proceso y cumplir con el objetivo propuesto en el indicador. Dentro de los indicadores de gestión se sugiere implementar uno que permita medir por dependencias los tiempos de respuesta, con el fin de tomar las acciones pertinentes en caso de recurrencias frente a la demora para emitir la respuesta a los peticionarios.
	El GIT de Atención al Ciudadano realizó las capacitaciones para el uso y manejo del aplicativo CMS para la gestión de las PQRDS. En el desarrollo de la auditoría se encontraron radicados que ingresaron por el aplicativo CMS y que fueron respondidos por ORFEO		<i>Clasificar, trasladar o responder las PQRSD en forma incorrecta</i>	Si	<i>Desconocimiento de la Entidad y normatividad relacionada con la clasificación de PQRSD</i> Falta de compromiso de los funcionarios responsables	Incumplimiento de lo establecido en la Circular 000011 de julio de 2018	Manual CRM	Existe y no se aplica	SC-H-07		Actualizar las políticas tanto del proceso como del procedimiento, incluyendo al menos una que indique a los responsables, tiempos máximos de respuesta por cada una de las tipologías de peticiones. Adicionalmente, se sugiere ajustar los documentos de apoyo a la operación del Proceso.

ANEXO 1 CONSOLIDADO AUDITORIAS PROCESOS

Tematica - Debilidad	Aspectos encontrados	Proceso(s) en los que se evidenció	Riesgo Asociado	Incluido en Mapa de Riesgos Institucional	Posibles causas	Posibles Efectos	Documentación del Control (Id por el GITCI)	Evaluación de los Controles	Codigo Oportunidad de mejora Sigla proceso+ (H/O) + Numero	Q	Recomendaciones
Documentos del SIGART	Documentos (Políticas, Manuales, Lineamientos) sin aprobar por la Alta Dirección o Comités Institucionales	Gestión Financiera	Desactualización del Sistema Integrado de Gestión de la ART (SIGART) que no permite generar registros de operación de los procesos y aplicación de normas internas y externas	No	Desconocimiento de conceptos relacionados con el SIGART y MIPG Desconocimiento de la normatividad. Desconocimiento de la metodología y conceptos.	Incumplimiento de lo establecido en al Ley 87 de 1993. Art 1; Art 3. Literal a); Art 4 literales e) i)	Manual de operación por procesos SIGART	Existe y no se aplica	GF-H-01	2	* Documentar la aprobación de Manuales, Políticas, Estrategias u otros documentos que hacen parte de la operación de los procesos y procedimientos, en alguna instancia formal (Comité) para incluirlos en el SIGART
		Comunicaciones							CE-O-04		
SGSST	Se evidencia que dos (2) funcionarios, tienen más de dos periodos de vacaciones acumuladas, Incumpliendo lo establecido en la Circular N°000001 del 09 de febrero de 2017, VACACIONES Numeral 3. <i>"Solo se podrán acumular vacaciones hasta por dos (2) años por necesidad del servicio y mediante resolución motivada"</i> .	Gestión Talento Humano	Psicosocial	No	*Desconocimiento de las obligaciones contenidas en las normas internas. *Debilidades en los controles o inaplicación de parte de los líderes de procesos *Que no se prevea como factor de riesgo dentro de la Matriz de Riesgos y peligros de la ART	* Que se puedan generar enfermedades profesionales que puedan afectar a la calidad de vida de los trabajadores por la no recuperación física y psicológica de los trabajadores. +Incumplimiento de la normatividad. * Baja Productividad laboral. *Afectación en el tema de Austeridad del Gasto (Directiva 009/18-Presidencia)	Circular 000001 de 2017	No existe control documentado	GTH-H-03	2	*Evitar en lo posible el incumplimiento a la normatividad relacionada con los temas de Austeridad. *Es importante que la ART realice mesas de trabajo para la culminación de la matriz de peligros al menos con los estándares mínimos y de conformidad con la normatividad vigente, con el fin de poder evaluar la implementación el SGSST.
	Se evidencia que la ART no cuenta con una matriz de peligros debidamente aprobada, incumpliendo lo establecido en el Decreto 1072 de 2015 Artículo 2.2.4.6.15.	Gestión Talento Humano	Falta o reporte inoportuno de incidentes y accidentes de trabajo	Si	Falta de conocimiento para el reporte	Determinación del origen del evento o accidente como no laboral	No existe	No existe control documentado	GTH-H-05		
Funciones	En el periodo comprendido entre enero y julio de 2018 solamente se encontraron dos (2) actas de Comité de Dirección en la carpeta que lleva la Oficina de Planeación quien ejerce la Secretaría Técnica... la Secretaría Técnica debe generar las alertas correspondientes y controles	Direccionamiento Estratégico	Inoportuno o inadecuado seguimiento a la gestión Institucional	Si	2. El seguimiento no se realiza con la periodicidad establecida.	No se cuente con información para la toma adecuado de decisiones	Resolución No. 000038 de febrero de 2017	Existe pero no esta documentado	DE-O-03	1	Mantener el archivo actualizado conforme a lo establecido en la TRD del Proceso, toda vez que las actas evidencian la toma de decisiones de la Alta Dirección en temas de direccionamiento Estratégico
Ejecución de Controles	No existe evidencia documentada del Seguimiento a compensatorios y Horas Extras de Conductores, Reporte de ingresos y salidas biométrico, Autorización a la administración del edificio para ingresar o retirar elementos	Gestión Administrativa	Controles aislados de procesos y/o Procedimientos	No	Falta de coordinación de los GIT de Financiera, Administrativa y Talento Humano, para la definición de procedimientos	*Desconocimiento de los controles implementados y su uso para la toma de decisiones de los jefes o del GIT de Talento Humano *Incumplimiento en la Ley 87 de 1993 Art. 4 literal b. Definición de políticas como guías de acción y procedimientos para la ejecución de los procesos.	Formatos del Proceso	Existe y no se aplica	GA-H-06	1	Determinar el uso de controles en procedimientos de la ART en las políticas de operación de procesos.