



El servicio público  
es de todos

Función  
Pública

# Informe de Auditoría

## Proceso Servicio al ciudadano

**Detallado:** Jaime Humberto Jimenez

**Coordinador Grupo de Servicio al Ciudadano Institucional - GSCI**

María del Pilar García González

**Directora de Gestión y Desempeño Institucional - DGDI**

Adriana Vargas Tamayo

**Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano DPTSC**

María Magdalena Forero Moreno

**Directora de Gestión del Conocimiento - DGC**

Hugo Armando Pérez Ballesteros

**Director de Desarrollo Organizacional - DDO**

Francisco Alfonso Camargo Salas

**Director de Empleo Público- DEP**

Armando López Cortés

**Director Jurídico - DJ**

**Resumen Ejecutivo:** Nerio José Alvis Barranco

**Director General**

**Miembros del Comité Directivo**

**Emitido por:** Luz Stella Patiño Jurado, Jefe Oficina de Control Interno

**Fecha del informe: 30/06/2022**

# Resumen Ejecutivo

## Auditoría al Proceso de Servicio al Ciudadano

**Objetivo:** Verificar la efectividad de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos del proceso de “Servicio al Ciudadano”, con el propósito de retroalimentar a Función Pública con oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la Entidad.

**Alcance:** La Auditoría interna con enfoque basado en riesgos al proceso “Servicio al Ciudadano” (Versión 3, 2019-10-16), se efectuó con énfasis en el “Procedimiento Gestión de requerimientos formulados ante la Función Pública” (Versión 4.0, 2019-04-03), la cual se llevó a cabo de manera presencial; para la revisión documental se consultó el servidor de carpetas compartidas “Yaksa”, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG), el Sistema de Gestión Institucional (SGI) y demás sistemas de información de Función Pública; eventualmente, se requirió, de manera virtual mediante el uso de la herramienta Microsoft Teams, para las entrevistas. El periodo de evaluación comprende del 1° de julio de 2021 al 28 de febrero de 2022. Las evaluaciones se realizarán, teniendo en cuenta lo establecido en los siguientes documentos asociados al proceso:

- Caracterización usuarios de Función pública (Versión Marzo del 2020)
- Política de Tratamiento de la Información de Datos Personales Grupo Servicio al Ciudadano (Versión 05 del 2020-02-19).
- Mapa de Riesgos Institucionales 2021 (Versión 17, 2021-11-30)
- Riesgos críticos del proceso (Extremo, Alto y Moderado). Estado de acciones y monitoreo de riesgos. Eventos de riesgos materializados VS planes de mejoramiento. (Fuente: Sistema de Gestión Institucional - SGI)
- Políticas de Operación Institucionales (Versión 5 del 2020-11-23)
- Acuerdos niveles de servicio para la atención PQRSD (Versión 2, 2019-05-28)
- Acciones incluyentes para el servicio a los grupos de valor de FP (2019-08-29)
- Clasificación para determinar niveles de servicio (Versión 4, 2019-02-28)
- Modelo de Servicio al Ciudadano Departamento Administrativo de la Función Pública (Versión 6, abril de 2020)
- Protocolos de Servicio al Ciudadano (Versión 7, 2019- 02- 28)
- Informe de caracterización Usuarios de Función Pública (Versión 1, Mayo de 2021)
- Informes Unificados PQRSD y Percepción Grupos de Valor 2021, <https://www.funcionpublica.gov.co/informes-unificados-pqrs#contenido-informe-unificado-pqrsd-y-percepcion-grupos-de-valor-2021>
- Informe de Seguimiento al trámite de las PQRSD – Octubre 2021 (Auditoría Interna Abril a Septiembre 2021)
- Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción Anual 2021
- Normativa aplicable al proceso de Servicio al Ciudadano
- Indicadores (Herramientas de seguimiento y monitoreo del proceso)

**Metodología:** Cada etapa de la auditoría interna con enfoque basado en riesgos (entendimiento del procedimiento, evaluación del riesgo y prueba de controles), se desarrolló, así:

- Lectura y revisión de la documentación vigente.

- Entrevistas presenciales y/o virtuales con los funcionarios que intervienen en la gestión del proceso de “Servicio al ciudadano” y las dependencias que intervienen con la prestación del servicio al ciudadano.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.
- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría.
- Pruebas de recorrido y de efectividad de controles virtuales y/o físicas.

**Importante: De los reportes y evidencias suministradas por el área en las entrevistas y la información registrada en los diferentes Sistemas de Información Institucional, dependerán los resultados y las conclusiones que la Oficina de Control Interno describa en el informe.**

**Carta de Representación:** El 08 de abril de 2022 se suscribió el documento “Carta de Representación” diligenciado para la firma del líder del proceso y de los Directores Técnicos como responsables de que toda la información requerida para la realización de la auditoría es verídica, cumple con los criterios de calidad y se entrega oportunamente a la Oficina de Control Interno, en cumplimiento del Artículo 16 del Decreto 648 de 2017, mediante el cual se adicionó al Capítulo 4 del Título 21, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el Artículo 2.2.21.4.8., literal “b”).

**Norma 2410 Marco Internacional para la Práctica Profesional de Auditoría Interna - MIPPAI (versión. 2016):**

**Numeral 7.** “Las observaciones y recomendaciones surgen de un proceso de comparación entre el Criterio (el estado correcto) y la Condición (el estado actual). Si el auditor interno encuentra diferencias entre ambos, esta será la base para elaborar el informe. Cuando la condición cumple con el criterio establecido, puede ser conveniente comunicar ese desempeño satisfactorio. Las observaciones y recomendaciones se basan en los siguientes atributos:

- Criterio: Los estándares, medidas, o supuestos utilizados al hacer una evaluación y verificación (el estado correcto).
- Condición: La evidencia, los hechos que el auditor interno encuentra durante la realización de su trabajo (el estado actual).
- Causa: La razón de la diferencia entre las situaciones esperadas y las reales.
- Efecto: El riesgo o exposición en que se encuentra la organización u otros terceros, debido a que la condición no coincide con el criterio (el impacto de la diferencia). Para determinar el grado de riesgo o exposición, el auditor interno tiene en cuenta el efecto que las observaciones y recomendaciones puedan tener sobre las operaciones y los estados financieros de la organización.”

Entregables: Los asuntos identificados serán socializados al Líder del Proceso y al Comité Directivo; los entregables de Auditoría Interna serán:

- Informe Ejecutivo con los resultados más relevantes de la auditoría y oportunidades de mejora identificadas.
- Informe Detallado con todo el resultado de la auditoría, ejemplos, evidencias e información complementaria.

**Interpretación de los resultados de la auditoría:** Los aspectos evaluados en el proceso de auditoría interna tienen la siguiente interpretación según sus resultados, indicando el grado de cumplimiento de los controles establecidos en los riesgos evaluados o el impacto que supone la carencia, debilidad o recurrencia de éstos.



Se aplica adecuadamente la normatividad vigente y los controles establecidos. No existen hallazgos sobre los asuntos evaluados.








La situación observada denota una debilidad que expone de manera indirecta o directamente a la entidad a un impacto negativo a nivel operativo, o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva.





**(R)**




Hallazgo Recurrente. Observado en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, el cual se presentará al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

## Resultados del Trabajo Riesgos y Aspectos Evaluados



Riesgos Identificados en el proceso de auditoría	Calificación de riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto en el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
1. Posibilidad de pérdida reputacional por insatisfacción de los grupos de valor o sanciones de entes de control debido al incumplimiento de los términos de ley para la gestión de requerimientos	ALTO	SI	Adecuada ejecución del control <i>“El líder del proceso efectúa reunión con el personal del Grupo de Servicio al Ciudadano con el propósito de establecer la estrategia para atender oportunamente todas las peticiones de los grupos de valor”</i> , por cuanto se evidenciaron las estrategias tomadas en los diferentes canales de atención.		H. 1.1
			Debida ejecución en el canal escrito (Primer Nivel de Servicio), del control: <i>“El líder del proceso revisa el estado de las alertas generadas en el Sistema de Gestión Documental con el propósito de verificar el semáforo que evidencia la oportunidad de la respuesta y notificar por correo electrónico al integrante del grupo encargado de atender el requerimiento”</i> en razón a que se pudo evidenciar la revisión diaria a las alertas y generación de las notificaciones a los integrantes del Grupo.		H. 1.2




			Cumplimiento de las actividades establecidas para el control: <i>“El líder del proceso o el encargado verifica y/o notifica las fallas tecnológicas mediante correo electrónico o PROACTIVANET a los encargados de las aplicaciones. En caso de no ser atendida la solicitud se informará al jefe inmediato”</i> , relacionadas con los diferentes canales de atención.		H. 1.3
2. Posibilidad de pérdida reputacional por insatisfacción del grupo de valor debido a una orientación inadecuada en la prestación del servicio.	ALTO	SI	Debida aplicación del control <i>“El líder del proceso realiza revisión a los requerimientos y respuestas proyectadas en el canal escrito con el fin de evitar una orientación inadecuada”</i> , para el primer Nivel de Servicio, se evidenció la verificación del contenido de las respuestas por parte del líder del GSCI.		H.2.1
			Correcta ejecución del control para el Primer Nivel de Servicio <i>“El designado para brindar la orientación adecuada verifica en yaksa, gestor normativo, base del conocimiento o preguntas frecuentes, con el propósito de identificar un pronunciamiento por parte de la entidad y de dar respuesta al requerimiento. De no existir un pronunciamiento se escala a la dirección técnica”</i> , teniendo en cuenta que se efectúan las actividades diseñadas en el control.		H.2.2




			<p>Debilidades en la aplicación del control “<i>El líder del proceso revisa las encuestas de percepción de los grupos de valor, con el propósito de identificar orientaciones inadecuadas e implementar acciones de mejora</i>”, debido a la falta de identificación de los radicados de la plataforma ORFEO asociados a la evaluación deficiente relacionada con el contenido de la respuesta mediante el canal escrito, lo cual impidió dentro del periodo evaluado, aplicar las acciones de mejora para mitigar el riesgo.</p>		<b>H.2.3</b>
<p><b>3. Posibilidad de pérdida reputacional por queja o denuncia del grupo de valor al ente de control (superintendencia de industria y comercio) debido a la pérdida de confidencialidad en los activos de la información personal</b></p>	<p>BAJO</p>	<p>SI</p>	<p>Cumplimiento de las actividades descritas en el control “<i>El líder del proceso realizara los ajustes que se requerían a los roles y privilegios de usuarios para asignar correctamente permisos en el uso de herramientas institucionales</i>”, se evidencio que se efectuaron las solicitudes pertinentes por parte del coordinador del GSCI.</p>		<b>H. 3.1</b>
			<p>Aplicación adecuada del control “<i>El líder del proceso revisa cada respuesta por el canal escrito evitando que se divulguen datos de carácter semi privados mediante controles de restricción de acceso a la información</i>”, se evidencian las actividades realizadas por parte del GSCI.</p>		<b>H. 3.2</b>
			<p>Debilidades en la ejecución del control “<i>El líder del proceso revisa que se lleven a cabo las actividades de sensibilización con el apoyo del encargado de seguridad de la información de la Oficina Asesora de Planeación</i>”, en razón a que no se efectuaron actividades en el periodo evaluado, relacionadas con la pérdida de confidencialidad en los activos de la información personal.</p>		<b>H. 3.3</b>





<p>4. Posibilidad de pérdida reputacional por reclamos de los grupos de valor debido al deterioro en la calidad de servicio en el primer nivel.</p>	<p>BAJO</p>	<p>SI</p>	<p>Debilidades en la ejecución del control “El líder del proceso verifica trimestralmente el resultado del diligenciamiento de las encuestas de percepción de las dependencias con el propósito de recomendar mejoras para la prestación del servicio o trámite”, debido a que no se evidencian las recomendaciones de mejora en la prestación del servicio o trámite para el canal escrito; se presentan deficiencias en el análisis de las calificaciones del chat EVA Asesor; no se evidenció la aplicación de las encuestas para el canal telefónico; no obstante, para el canal presencial se observó la implementación del Sistema Digiturno para la calificación de las encuestas a partir del mes de marzo de la presente vigencia.</p>		<p>H. 4.1</p>
			<p>Debilidad en la aplicación del control “El líder del proceso revisa el resultado del diligenciamiento de las encuestas de percepción con el propósito de analizar las causas de una evaluación deficiente a efectos de tomar los correctivos a que haya lugar”, en razón a que, para el periodo evaluado, no se llevaron a cabo encuestas de percepción de los servicios y trámites para el canal telefónico; se observó un número significativo de calificaciones de las encuestas deficiente y con observaciones para el canal virtual; no obstante lo anterior, se evidencia cumplimiento de las acciones establecidas para el canal escrito y presencial.</p>		<p>H.4.2</p>
			<p>Aplicación adecuada del control “El líder del proceso o el responsable asignado verifica el funcionamiento correcto de las aplicaciones para evitar reclamos que pudieran registrarse en la presentación del servicio”, se evidenciaron las actividades establecidas para los canales de</p>		<p>H 4.3</p>






			atención telefónico, virtual y presencial.		
5. Posibilidad de pérdida reputacional por insatisfacción de los grupos de valor, debido al incumplimiento de los protocolos de servicio al ciudadano para los distintos canales de servicio dispuestos por el Departamento.	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Debida ejecución del control “El líder del proceso o el responsable asignado cada vez que se contesta una petición, a través, del canal escrito, verifica el cumplimiento de los lineamientos generales del protocolo de Servicio al Ciudadano, previa firma del radicado de salida, se deja evidencia de las observaciones y devoluciones en el histórico de ORFEO”, en razón a que se evidencia las actividades establecidas.		H. 5.1
			Debilidades en la ejecución del control: “El líder del proceso monitorea en tiempo real el tablero de control FOP 2 con el propósito de garantizar la oportunidad en los tiempos de respuesta de acuerdo con las llamadas que llegan a las diferentes mesas de servicio y en caso de presentarse desviaciones tomar los correctivos inmediatos” por cuanto el Grupo de Servicio al Ciudadano, si bien cuenta con un tablero de control denominado FOP2 para el monitoreo en línea de las llamadas que ingresan a las mesas de ayuda, se pudo evidenciar que durante el primer trimestre de la vigencia 2022 no fueron contestadas 17664 llamadas que ingresaron al Grupo de Servicio al Ciudadano. Igualmente, el control no se encuentra documentado en el proceso.		H. 5.2

			<p>Debilidades en la ejecución del control: <i>“el líder del proceso semestralmente verifica el cumplimiento de los protocolos de servicio al ciudadano (canal telefónico), mediante la realización de llamadas a las dependencias que brindan información a los grupos de valor, con el propósito de recomendar mejoras para la prestación del servicio, por cuanto al verificar el cumplimiento de los protocolos para el canal telefónico, a través de llamadas efectuadas a las Direcciones Técnicas y al Grupo de Servicio al Ciudadano se pudo evidenciar que el 40% de las llamadas no fueron contestadas y un porcentaje considerable no cumple con los protocolos establecidos al momento de prestar el servicio a los grupos de valor.</i></p>		<b>H. 5.3</b>
			<p>Debilidad en el cumplimiento del control en el canal virtual <i>“El líder del proceso revisa las conversaciones del Chat Eva Asesor, para identificar aquellas que no cumplan con lo señalado en el Protocolos de Servicio al Ciudadano, a efectos de tomar los correctivos necesarios”,</i> debido a que se evidenció conversaciones sin las pautas de relacionamiento al inicio, desarrollo y finalización del servicio.</p>		<b>H. 5.4</b>
6. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor, debido a la extemporánea imprecisa y/o baja calidad de respuesta a las PQRSD. Segundo Nivel de Servicio (DGDI, DDO, DPTSC, DEP, DGC)		SI	<p>Conforme aplicación del control <i>“La coordinadora del grupo de asesoría y gestión de la DGDI, en cooperación con la secretaria de la dependencia, verifica a través, de la herramienta ORFEO diariamente las PQRSD asignada a la dirección, con el propósito de asignarla a los profesionales o el traslado por competencia a otras dependencias de la</i></p>		<b>H. 6.1</b>

			<p><i>entidad o a otras entidades", por cuanto se evidencio el cumplimiento en la revisión y asignación PQRSD a los profesionales.</i></p>		
	ALTO		<p>Aplicación apropiada del control, <i>"La coordinadora del grupo de asesoría y gestión de la DGDI verifica semanalmente las respuestas enviadas por los profesionales de la DGDI a visto bueno, con el fin de garantizar la oportunidad y la calidad de las respuestas a las PQRSD", se verificó el cumplimiento de las actividades establecidas.</i></p>		H. 6.2
			<p>Adecuada ejecución del control establecido <i>"El servidor designado por el director técnico verifica a través del ORFEO las PQRS próximas a vencer con el fin de remitir mediante correo electrónico las alertas respectivas a los profesionales", al validar el control en la DDO, DPTSC y DEP, se evidencia los correos electrónicos enviados como alertas.</i></p>		H. 6.3
			<p>Debilidad en la aplicación del control <i>"El coordinador del grupo de asesoría y gestión valida el proceso de respuesta a las solicitudes a través de ORFEO, para que los asesores envíen los proyectos de respuesta dentro de los términos asignados", al validar las evidencias registradas en la carpeta Yaksa por parte de la DDO, se determina cumplimiento en el seguimiento a los proyectos de respuestas por parte de la coordinadora; sin embargo, para el periodo evaluado, se presentó una respuesta extemporánea</i></p>		H. 6.4

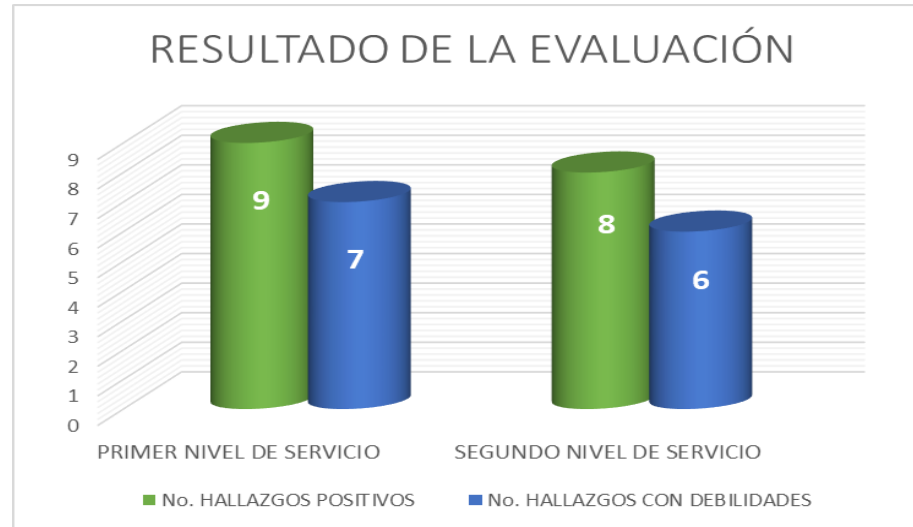
		<p>Aplicación adecuada del control <i>"El coordinador del grupo de asesoría y gestión valida el proceso de respuesta a las solicitudes a través de ORFEO, para que los asesores envíen los proyectos de respuesta dentro de los términos asignados"</i>, por cuanto la DPTSC cumple con los tiempos de asignación y términos de ley.</p>		H. 6.5
		<p>Procedente ejecución del control <i>"Los profesionales revisan diariamente las peticiones a través del sistema de gestión documental ORFEO con el fin de proyectar las respuestas a las peticiones de acuerdo con los términos asignados"</i>, por cuanto se observó el cumplimiento de las actividades establecidas por DDO y DPTSC.</p>		H. 6.6
		<p>Debilidad en la ejecución del control <i>"El director de Empleo Público verifica diariamente el cumplimiento en la oportunidad de las respuestas de ORFEO en caso de encontrar orfeos en amarillo notifica al servidor para que responda a la brevedad"</i>, al validar las evidencias registradas en la carpeta Yaksa, se determina cumplimiento en las notificaciones enviadas, sin embargo, para el periodo evaluado, se presentó una respuesta extemporánea.</p>		H. 6.7
		<p>Aplicación conveniente del control <i>"El director y el asesor de la DEP verifican la calidad y completitud de las respuestas antes de firmarlas, en caso de presentarse inconsistencias se devuelve con comentarios por escrito para ajustes por el profesional"</i></p>		H. 6.8

			<i>correspondiente" por cuanto se observó el cumplimiento en el registro en el sistema ORFEO, por devoluciones de las PQRSD.</i>		
	MODERADO	SI	<i>Aplicación apropiada del control establecido "El profesional asignado por el director de Gestión del Conocimiento revisa periódicamente las solicitudes recibidas a través de ORFEO, informa al director técnico lo pertinente con el fin de recibir instrucciones sobre las respuestas que se debe estructurar, para atender la respectiva solicitud. Evidencia de ejecución de este se control se realiza mediante la matriz interna de seguimiento del área y los oficios de respuesta que se registran en el ORFEO", teniendo en cuenta que se cumplen con las actividades definidas.</i>		<b>H. 6.9</b>
			<i>Aplicación adecuada del control "El director de Gestión de Conocimiento revisa el contenido del proyecto de respuesta de las solicitudes recibidas por el sistema de ORFEO con el fin de verificar que se atienda de fondo, en los términos legales y de manera clara la solicitud y suscribe la correspondiente respuesta luego de verificar la calidad del contenido, normas vigentes y redacción en lenguaje claro. Evidencia de ejecución de este se control se realiza mediante la matriz interna de seguimiento del área y los oficios de respuestas que se registran en el ORFEO", se evidencia respuesta dentro del término de Ley.</i>		<b>H. 6.10</b>
7. Posibilidad de pérdida reputacional por tutelas o quejas de los grupos de valor o hallazgos de la oficina de	ALTO	SI	<i>Debilidades en la ejecución del control "El coordinador del grupo de conceptos verifica diariamente el reporte de lista de conceptos de</i>		

control interno debido a la atención de consultas fuera de los términos de ley. (DJ)			<i>ORFEO y envía por correo electrónico o mensaje instantáneo la alerta al abogado con el fin de notificar el tiempo de respuesta con el que cuenta</i> , debido a que no se logró evidenciar que se esté ejecutando el control con la frecuencia, ni a través, de los medios establecidos.		H. 7.1
			Débil aplicación del control <i>“El abogado responsable de resolver la consulta verifica en el sistema ORFEO el semáforo de colores y alertas de tiempo e inicia la atención de acuerdo con el tiempo asignado en el acuerdo de nivel de servicio. Con el fin de dar respuesta dentro de los plazos de ley”</i> , teniendo en cuenta, que se evidenciaron respuestas extemporáneas.		H. 7.2
			Debilidades en la ejecución del control <i>“El abogado responsable de atender la consulta comprueba que la respuesta se presenta en los plazos señalados por el Director Jurídico (15 días hábiles) con el fin de dar respuesta dentro de los términos de ley”</i> , por cuanto se evidenciaron proyectos de respuesta que sobrepasaron el plazo indicado en el control.		H. 7.3
			Debilidades en la aplicación del control <i>“El coordinador del grupo de asesoría y conceptos revisa los mensajes de alerta emitidos por el grupo de gestión documental que indica tiempo restante para atender conceptos (3 días antes) con el fin de alertar al abogado responsable de atender la consulta en relación con el tiempo que cuenta para dar respuesta”</i> , debido a que se evidenciaron falencias en la aplicación de las actividades establecidas.		H. 7.4

## Conclusiones y Recomendaciones Generales

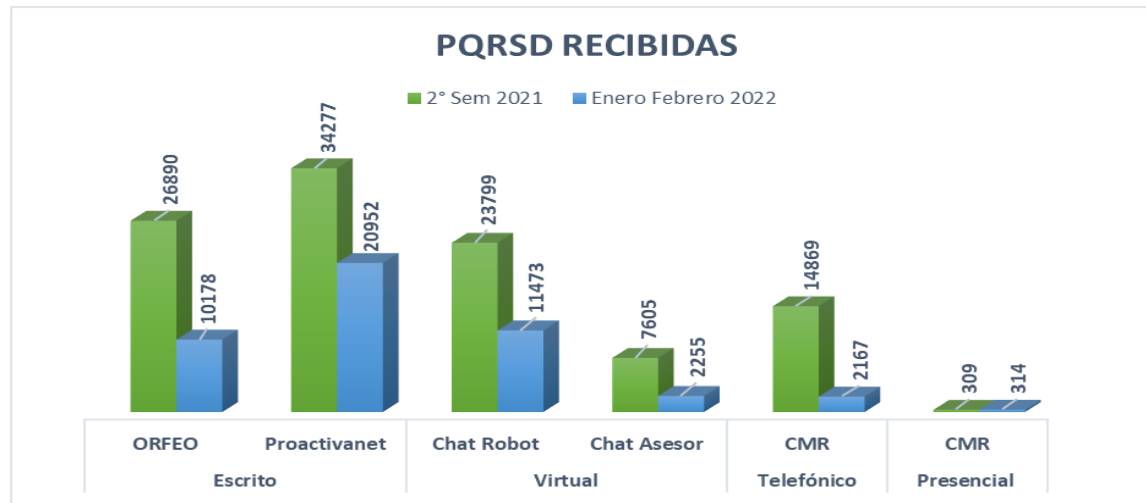
1. Se resalta la buena disposición y colaboración de todos los funcionarios del Grupo de Servicio al Ciudadano, las Direcciones Técnicas y demás dependencias que participaron en la realización de entrevistas de manera virtual y presencial y suministraron la información que permitió desarrollar la labor auditora, centrada en la verificación de la efectividad de los controles establecidos en el proceso de Servicio al Ciudadano.
2. Es importante señalar que en el Proceso de Servicio al Ciudadano, se ha establecido un solo procedimiento denominado “Gestión de requerimientos formulados ante la Función Pública”, el cual contempla atención de Primer y Segundo Nivel de Servicio, la atención de Primer Nivel es asumida por el Grupo de Servicio al Ciudadano Institucional, quienes se encargan de tramitar todas las peticiones que se reciben a través de las diferentes herramientas como son: ORFEO (Sistema de Gestión Documental), PROACTIVANET (mesas de servicio SIGEP I y II, SUIT, y FURAG); Chat virtual EVA, (Robot y Asesor), y el CiMR donde se registra la atención telefónica y presencial. Por su parte, al Segundo Nivel de Servicio, se dirigen las solicitudes que requieren un análisis y estudio técnico o jurídico para su respuesta por parte de las Direcciones Técnicas de la Entidad, las cuales se atienden en su mayoría, a través del canal escrito, también, brindan asesoría telefónica y presencial, estas estuvieron parcialmente limitadas teniendo en cuenta la declaración de Emergencia Sanitaria. Conforme lo expuesto, la auditoría de gestión basada en riesgos, realizada por la Oficina de Control Interno, se enfocó conforme este procedimiento a la verificación de los controles en cada uno de los niveles de servicio y en sus diferentes canales de atención.
3. En la auditoría efectuada, se definieron diecisiete (17) hallazgos (56.6%), en los cuales se pudo evidenciar una aplicación adecuada de la normatividad vigente y los controles establecidos en el proceso; así mismo, se evidenciaron trece (13) hallazgos (43.3%), en los que se observan situaciones que denotan una debilidad que expone de manera indirecta o directamente al Departamento a un impacto negativo a nivel operativo o un riesgo que se pueda materializar y requiere de una acción correctiva. No se evidenció recurrencia en hallazgos respecto a otras vigencias. Por lo anterior, se hace necesario hacer seguimiento a las desviaciones de la gestión comunicada y emprender las acciones de mejoramiento continuo, a través del Sistema de Gestión Institucional – SGI.



*Fuente: Papeles de trabajo OCI*

4. Teniendo en cuenta que en el desarrollo de la auditoria se identificó un riesgo relacionado con los Protocolos del servicio al Ciudadano, en el cual se definieron unos controles que apuntan al cumplimiento de estos protocolos para los diferentes canales de atención, se sugiere revisar la pertinencia de incluirlos en el mapa de riesgo del proceso de Servicio al Ciudadano.
5. De acuerdo con la información suministrada por el Grupo de Servicio al Ciudadano durante el periodo evaluado, se atendieron un total de 155.088 PQRSD en Función Pública, recibidas por los diferentes canales de atención, como se detalla en la siguiente gráfica:





Fuente: Grupo de Servicio al ciudadano Institucional (Correo 16 de marzo de 2022)

De la anterior ilustración, podemos observar las diferentes herramientas o aplicaciones con las que cuenta Función Pública, para dar trámite a las peticiones de los diferentes grupos de valor. Como se aprecia en los meses de enero y febrero de 2022, se presentó un incremento de peticiones recibidas a través, de tres (3) de estas herramientas: la plataforma ORFEO recibió un equivalente al 37.8% de peticiones, respecto al segundo semestre de 2021; PROACTIVANET por su parte, recibió un 61% de solicitudes de soporte técnico, frente al semestre anterior; en este mismo sentido el Chat Eva ROBOT un 48% y Chat Asesor un 29.6%. Estos aumentos significativos, se presentaron entre otros, por solicitudes relacionadas con temas de la plataforma SIGEP I y II, por la entrada en vigencia de la Ley de Garantías Electorales y la migración de las entidades de orden nacional a la plataforma SIGEP II.

Para el segundo semestre de 2021 se evidenció mayor número de contactos telefónicos, teniendo en cuenta la emergencia sanitaria y las restricciones en la presencialidad, la cual aumento en los dos (2) primeros meses del año 2022.

- Es importante destacar que el Grupo de Servicio al Ciudadano Institucional, durante la pandemia ha sido el área que más peticiones ha recibido a través, del canal escrito, para el periodo en evaluación recibió 15863 PQRSD por medio del aplicativo ORFEO, de las cuales contestó 14191, la diferencia 1672 solicitudes, se encontraban dentro de términos para dar contestación o en aquellas que no requirieron respuesta, además el GSCI no presentó respuestas extemporáneas, ni PQRSD sin respuesta. Así mismo, atendió 55229 solicitudes recibidas a través, del aplicativo PROACTIVANET y atendidas por las diferentes mesas de servicio. Por lo tanto, se evidenció el cumplimiento en la mayoría de controles relacionados con este canal de atención.

7. Se recomienda a las diferentes áreas, reforzar sus controles relacionados con la oportunidad de las respuestas, en razón a que durante julio 2021 y febrero 2022, se incrementó el número de PQRSD extemporáneas (25), registradas en el sistema ORFEO, así:

- Trece (13) del Grupo de Gestión Contractual;
- Seis (6) del Grupo de Gestión Humana;
- Tres (3) de la Dirección Jurídica;
- Una (1) de la Dirección Desarrollo Organizacional;
- Una (1) de la Dirección De Empleo Público
- Una (1) de la Oficina De Tecnologías de la información y las Comunicaciones - OTIC

De conformidad con los últimos dos (2) seguimientos efectuados por la Oficina de Control Interno, se observó un promedio de seis (6) peticiones contestadas por fuera de los términos de ley, por lo tanto, estas se incrementaron en más de cuatro (4) veces en su número; 20 de ellas de los grupos de apoyo y de la OTIC, dependencias que no fueron objeto de auditoría y las cinco (5) peticiones extemporáneas restantes, pertenecientes al segundo nivel de servicio, originaron la materialización de los riesgos relacionados con la oportunidad de la respuesta.

8. Como recomendación general se les recuerda fortalecer el cumplimiento a las Políticas de Administración de Riesgos en Función Pública y de Operación Proceso Seguimiento y Evaluación; donde se señala que durante los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, deben efectuar el registro de avance de los riesgos y sus evidencias en el aplicativo SGI.
9. Se sugiere revisar los controles establecidos por cada una de las Direcciones Técnicas, para mitigar el riesgo "Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor, debido a la extemporánea imprecisa y/o baja calidad de respuesta a las PQRSD", teniendo en cuenta que en el desarrollo de la presente auditoría, al momento de verificar las evidencias de las acciones implementadas, en algunos casos, no se pudieron obtener, bien sea por la periodicidad del control (diaria) o por que las mismas evidencias aplican para varios controles (DDO, DJ, DPTSC, DEP y DGC).
10. La OCI en el ejercicio de sus funciones, velando porque todas las acciones de la entidad estén dirigidas al cumplimiento de los lineamientos, normas, políticas, manuales, procesos, guías, entre otros, que apunten al mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos y la satisfacción de los grupos de valor, se recomienda revisar la pertinencia de integrar, relacionar o direccionar dentro del "Protocolo de Servicio al Ciudadano" con la "Guía para la elaboración o actualización de documentos". Lo anterior, debido a que, en el contenido de los Protocolos, no se detallan los parámetros para la elaboración de la respuesta en el canal escrito, el cual debe estar conforme la guía mencionada.

## Planes de Mejoramiento

Plan de acción definido por el responsable / Responsable / Fecha de cumplimiento: El Plan de Mejoramiento es la herramienta que permite consolidar y evidenciar los diferentes hallazgos, las oportunidades de mejora, el seguimiento a las desviaciones de la gestión y las acciones de mejoramiento continuo emprendidas en la Entidad, a través del Sistema de Gestión Institucional SGI. Con el fin de incluir las acciones para subsanar los hallazgos de la presente auditoría, se llevará a cabo el procedimiento establecido en el “Manual del Usuario SGI - Modulo Plan de Mejoramiento”.

**Luz Stella Patiño Jurado**  
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró:  
Sandra Milena Ramírez Osorio, Profesional Universitario OCI (Líder Auditoría)  
Esneida Gamboa Malagón, Profesional Especializado OCI  
Henry Eduardo Giovannetti Durán, Profesional Especializado OCI  
Geanny Valentina Berardinelli Rumbo, Contratista OCI

Revisó y Aprobó: Luz Stella Patiño Jurado – Jefe Oficina de Control Interno.