



Función Pública



Informe de Auditoria Basada en Riesgos
Proceso Acción Integral en la Administración Pública
Nacional y Territorial

Oficina de Control Interno
Octubre de 2024



Función Pública

Resumen Ejecutivo

Informe de Auditoria Basada en Riesgos Proceso Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial

Proceso a auditar: Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial

Informe Detallado: **Jesús Hernando Amado Abril**
Subdirector
Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público
Gerardo Duque Gutiérrez
Director de Desarrollo Organizacional
Aura Isabel Mora
Directora de Participación Transparencia y Servicios al Ciudadano
Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional
Alveiro Tapias Sánchez
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Resumen Ejecutivo: **Paulo Molina Bolívar**
Director General (encargado)
Comité Directivo

Emitido por: **Jorge Iván De Castro Barón**
Jefe Oficina de Control Interno



Función Pública

Objetivo: Evaluar la efectividad de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos del proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial, con el propósito de retroalimentar a la Entidad con oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la Entidad.

Alcance: La auditoría se llevará a cabo de manera presencial y virtual, mediante el uso de la herramienta Microsoft Teams para las entrevistas; para la revisión documental se consultará el servidor de carpetas compartidas “Yaksa”, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG) y el Sistema de Gestión Institucional (SGI). El periodo de evaluación comprende del 1° de enero al 30 de agosto de 2024. Las evaluaciones se realizarán, teniendo en cuenta la documentación del proceso, entre otros:



- Guía Estrategia de Acción Integral en Territorio v3 de 2021
- Guía para establecer o ajustar el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales v2 de 2018
- Guía Rediseño institucional de Entidades Públicas de 2014
- Orientaciones para la transición de gobiernos territoriales de 2023
- Plan de Acción Integral - PAI - Territorial 2022
- Política de Operación Proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial de 2019
- Procedimientos:
 - Asesorías
 - Emisión de conceptos para la aprobación de nuevos trámites
 - Formación y capacitación
 - Elaboración y aprobación del Plan de Acción Integral
 - Elaboración y ejecución del Plan de Acción Técnico (PAT)
 - Implementación del SIGEP
 - Promoción y Difusión Banco de Éxitos
 - Reformas Administrativas

Metodología: Cada etapa de la auditoría basada en riesgos (entendimiento del procedimiento, evaluación del riesgo y de prueba de controles), será desarrollada así:

- Lectura de la documentación vigente
- Entrevistas con el personal que interviene en la gestión del proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría o Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría
- Pruebas de recorrido

Limitaciones de la Auditoría: Desactualización del Proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial.

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 en las acciones de mejora a implementar.

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.”





Función Pública

Resultados del Trabajo Riesgos y Aspectos Evaluados

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
1.1.Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la inadecuada gestión de las asesorías relacionadas con el portafolio de servicios de la entidad- DDO	Alto	SI	Cumplimiento del control “el profesional encargado del seguimiento de la estrategia valida el avance de las asesorías en las entidades priorizadas mediante la consulta en los tableros de control y generación de alertas a los líderes territoriales, coordinadores de asesoría y gestión de las direcciones técnicas.”		H 1.1.1
1.1.Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la inadecuada gestión de las asesorías relacionadas con el portafolio de servicios de la entidad- DDO	Alto	SI	Debilidad en el control: “El Gerente del proyecto o a quien designe revisa el desarrollo metodológico de las asesorías para ajustarlas y mejorar la prestación de servicios de la entidad – DDO.”		H 1.1.2.
1.2. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor	Alto	SI	Aplicación adecuada del control: “Los profesionales designados por el o la director(a) de participación, transparencia y servicio al		H 1.2.1.



Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoría	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
debido a la inadecuada gestión de las asesorías relacionadas con el portafolio de servicios de la entidad-DPTSC.			ciudadano, verifican mensualmente el proceso de asesoría, a través del desarrollo de los hitos programados que se encuentran en el tablero de control del orden nacional y territorial. Como evidencia se tiene el avance generado a través del tablero de control.”		
1.2. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la inadecuada gestión de las asesorías relacionadas con el portafolio de servicios de la entidad-DPTSC.	Alto	SI	Inadecuada gestión del control “Los profesionales designados por el / la directora de participación, transparencia y servicio al ciudadano, verifica mensualmente el cumplimiento del material de apoyo y la información requerida para la asesoría, de acuerdo con las necesidades de la entidad territorial. Se evidencia mediante la encuesta de satisfacción del usuario DPTSC.”		H 1.2.2
1.2. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la inadecuada gestión de las	Alto	SI	Cumplimiento del control “El profesional (asesor) de la DPTSC, consulta de manera previa a la asesoría, las acciones formuladas en el plan de acción anual y resultados del FURAG, con el fin de ofrecer las		H. 1.2.3.



Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
asesorías relacionadas con el portafolio de servicios de la entidad- DPTSC.			orientaciones de acuerdo a la caracterización de las entidades territoriales. Como evidencia se cuenta con un archivo en el Excel en donde se verifica que se revisó los resultados FURAG”.		
1.3. Posibilidad de pérdida reputacional por queja de los grupos de valor, debido a la inadecuada gestión de las asesorías relacionadas con en el portafolio de servicios de la entidad – DGDI	Alto	SI	Aunque el control: “El coordinador del grupo de asesoría y gestión verifica el proceso de asesoría a través del desarrollo de los hitos programados que se encuentran en el tablero de control tanto del orden nacional y territorial con el fin de garantizar el cumplimiento de todos los hitos” es efectivo, durante la vigencia no fue registrado en el SGI para su monitoreo y control, incumpliendo la política de administración del riesgo. DGDI.		H. 1.3.1.
1.3. Posibilidad de pérdida reputacional por queja de los grupos de valor, debido a la inadecuada gestión de las asesorías relacionadas	Alto	SI	Debilidad en el control “El profesional de la DGDI valida de manera previa a la asesoría la información estratégica de la entidad y los resultados del FURAG, con el fin de ofrecer las orientaciones de acuerdo a la caracterización de las entidades”.		H 1.3.2.



Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
con en el portafolio de servicios de la entidad – DGD					
1.4. 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. - DDO	Alto	SI	Cumplimiento del control: “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.”	✓	H 1.4.1.
1.4. 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. – DDO	Alto	SI	Apropiada gestión del control: “El servidor designado por el director técnico de la DDO verifica a través del ORFEO las PQRS próximas a vencer con el fin de remitir mediante correo electrónico las alertas respectivas a los profesionales”	✓	H 1.4.2.
1.4. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor, debido a la extemporánea, imprecisa y/o	Alto	SI	Adecuada gestión del control: “Los profesionales de la DDO revisan constantemente las peticiones a través del sistema de gestión documental ORFEO con el fin de proyectar las	✓	H 1.4.3.



Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
baja calidad de respuesta a las PQRSD. - DDO			respuestas a las peticiones de acuerdo con los términos asignados.”		
1.5 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. -DEP	Alto	SI	Adecuada aplicación del control: “El director y el asesor de la DEP verifican la calidad y completitud de las respuestas antes de firmarlas. En caso de presentarse inconsistencias, estas son devueltas con comentarios por escrito para los ajustes pertinentes por parte del profesional correspondiente.”		H 1.5.1.
1.5 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. -DEP	Alto	SI	Debilidad en la aplicación del control “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”		H 1.5.2
1.5 Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea, imprecisa y/o	Alto	SI	Adecuada aplicación del control “El servidor designado por el jefe de la dependencia verifica diariamente a través de ORFEO las PQRSD próximas a vencer, con el fin de remitir mediante		H 1.5.3.



Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoría	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
baja calidad de respuesta a las PQRSD. –DEP			correo electrónico las alertas respectivas a los servidores responsables para garantizar su atención oportuna.”		
1.6. 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-DPTSC	Alto	SI	Apropiada aplicación del control “El o la profesional delegado (a) de la DPTSC valida mensualmente 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. Como evidencia se tiene el reporte de ORFEO”		H 1.6.1.
1.6. 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-DPTSC	Alto	SI	Aplicación parcial del control “El servidor designado por el / la directora (a) de la DPTSC verifica semanalmente a través de Orfeo las PQRS próximas a vencer, con el fin de remitir mediante correo electrónico las alertas respectivas. Como evidencia se tienen los correos enviados.”		H 1.6.2.
1.6. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor	Alto	SI	Debilidad en la aplicación del control “Los profesionales de la DPTSC revisan semanalmente las peticiones a través del		H 1.6.3.



Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
debido a la extemporánea, imprecisa y/o baja calidad de respuesta a las PQRSD-DPTSC			sistema de gestión documental ORFEO con el fin de proyectar las respuestas a las peticiones de acuerdo con los términos asignados. Como evidencia se tiene el reporte descargado desde ORFEO”		
2.1 Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido al incumplimiento de las características de calidad (claridad, cumplimiento, confiabilidad y oportunidad) en las actividades de formación y capacitación brindadas a los Grupos de Valor	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Debilidad en la aplicación del control “El profesional designado en cada dirección técnica cada vez que se requiera, verifica el cumplimiento de los requisitos de calidad en las actividades de formación y capacitación; así como el cumplimiento de los lineamientos aplicables según las disposiciones legales para asegurar la efectividad en los servicios prestados. En caso de detectar inconsistencias, efectúa las correcciones a que haya lugar”.		H 2.1.1
2.1 Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido al	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Incumplimiento de la aplicación del control “El profesional designado, cada vez que dicta una capacitación, verifica que los asistentes diligencien la		H 2.1.2.



Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
incumplimiento de las características de calidad (claridad, cumplimiento, confiabilidad y oportunidad) en las actividades de formación y capacitación brindadas a los Grupos de Valor			encuesta que permita evaluar la calidad de los servicios prestados a través de los diferentes canales de atención, en cumplimiento del protocolo de medición de encuestas establecido en la Entidad".		
3.1. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a una inadecuada gestión de cambios en la construcción de documentos y metodologías de política - DPTSC	Alto	SI	Debilidad en la aplicación del control "Los profesionales designados por el o la director(a) de participación, transparencia y servicio al ciudadano validarán mensualmente los documentos y metodologías que se expidan, con el fin de que cumplan con los criterios de calidad, pertinencia y oportunidad. Como evidencia se tiene un registro de reunión de la revisión y validación con los articuladores y/o la subdirección".		H 3.1.1.
3.1. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor	Alto	SI	Adecuada aplicación del control "El o la Director(a) de la DPTSC revisa y aprueba el documento técnico de acuerdo con el cronograma		H 3.1.2.





Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
debido a una inadecuada gestión de cambios en la construcción de documentos y metodologías de política - DPTSC			de trabajo establecido para la entrega final, dando la viabilidad para la publicación. Como evidencia se tiene el correo de aprobación del documento".		
3.2. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor o interesados debido al incumplimiento de los planes, programas y proyectos establecidos en cada vigencia. – DEP.	Alto	SI	Debilidad en la aplicación del control “El coordinador (a) del grupo de a y g verifica el cumplimiento de las metas a su cargo para garantizar el adecuado cumplimiento a la planeación institucional”.		H 3.2.1.
3.2. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor o interesados debido al incumplimiento de los planes, programas y proyectos establecidos en	Alto	SI	Inaplicabilidad del control “El coordinador (a) del grupo de Transformación Digital del Empleo Público verifica el cumplimiento de las metas a su cargo para garantizar el adecuado cumplimiento a la planeación institucional”.		H 3.2.2.



Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
cada vigencia. – DEP.					
3.2. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor o interesados debido al incumplimiento de los planes, programas y proyectos establecidos en cada vigencia. – DEP.	Alto	SI	Debilidad en la aplicación del control “El coordinador (a) del grupo de a y p verifica el cumplimiento de las metas a su cargo para garantizar el adecuado cumplimiento a la planeación institucional”.		H. 3.2.3.
3.3. Posibilidad de pérdida económica y reputacional por incumplimiento de las funciones y objetivos institucionales, debido a deficiencias en el desarrollo integral de proyectos y estrategias transversales que permitan el mejoramiento de la Administración Pública.	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Cumplimiento del control” el Comité de Gestión y Desempeño Institucional y el Comité Directivo al comienzo de la vigencia revisa que la planeación institucional aporte al cumplimiento de las metas de gobierno, al plan estratégico sectorial, los documentos CONPES, MIPG y demás compromisos institucionales para dar su aprobación y realizar el seguimiento durante la vigencia. En caso de ajuste a la planeación se presentará al respectivo comité”.		H. 3.3.1.



Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
3.3. Posibilidad de pérdida económica y reputacional por incumplimiento de las funciones y objetivos institucionales, debido a deficiencias en el desarrollo integral de proyectos y estrategias transversales que permitan el mejoramiento de la Administración Pública.	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Aplicación adecuada del control "El Gerente del proyecto de inversión "Consolidación de las capacidades de gestión y desempeño de las entidades y servidores públicos del nivel territorial y nacional para recuperar la confianza de la ciudadanía en el Estado" verifica mensualmente el avance de los productos a cargo de las direcciones técnicas para reportar al PIIP (aplicativo DNP). En caso de retraso o incumplimiento genera alerta"		H. 3.3.2.
4.1 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 – DEP/DDO.	Alto	SI	Incumplimiento en los tiempos de atención de requerimientos relacionados con la implementación del SIGEP en entidades		H 4.1.1
4.2 Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Procedimiento de implementación de SIGEP desactualizado.		H 4.2.1



Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoría	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
grupos de valor, debido a deficiencias en la implementación de SIGEP o a la inadecuada asesoría para su operación					
4.2 Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor, debido a deficiencias en la implementación de SIGEP o a la inadecuada asesoría para su operación	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Adecuados procedimientos de la DEP y DDO para mantener internamente las competencias de sus servidores en la gestión del procedimiento de implementación del SIGEP		H 4.2.2
4.2 Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor, debido a deficiencias en la implementación de SIGEP o a la inadecuada asesoría para su operación	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Aspectos susceptibles de mejora plan de continuidad de negocio a nivel operativo.		H 4.2.3



Función Pública

Riesgos identificados en el proceso de la auditoria	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoria	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
5.1. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a inconsistencias en los estudios técnicos presentados para las reformas administrativas.	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Inefectividad del control El jefe o coordinador de la Dirección de Desarrollo Organizacional (DDO) realiza una revisión a través de ORFEO de la respuesta de la viabilidad de los estudios técnicos presentados para las reformas administrativas.		H. 5.1.1.
6.1 Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a deficiencias en el análisis técnico jurídico para la aprobación de nuevos tramites acorde con los lineamientos establecidos en la Política de Racionalización de Trámites	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Desactualización del procedimiento de emisión de concepto de aprobación de nuevos trámites		H 6.1.1
6.1 Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor	No incluido en la matriz de riesgos	SI	Adecuados controles en los tiempos de gestión del procedimiento de emisión de concepto aprobación de nuevos trámites, efectuados		H 6.1.2



Función Pública



Riesgos identificados en el proceso de la auditoría	Calificación del riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. De hallazgo (ver Informe Detallado)
debido a deficiencias en el análisis técnico jurídico para la aprobación de nuevos tramites acorde con los lineamientos establecidos en la Política de Racionalización de Trámites			a través del Sistema de Gestión Documental ORFEO		
Hallazgos: Ver el informe Detallado- Página web de Función Pública: https://www1.funcionpublica.gov.co/informes-y-seguimientos-oficina-de-control-interno					

Informe Detallado

Auditoría al Proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial

Hallazgos


De acuerdo con el alcance, la auditoría se llevará a cabo de manera presencial y eventualmente de manera virtual, mediante el uso de la herramienta Microsoft Teams para las entrevistas; para la revisión documental se consultará el servidor de carpetas compartidas “Yaksa”, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG) y el Sistema de Gestión Institucional (SGI). El periodo de evaluación comprende entre enero y agosto de 2024.

Es importante anotar, que un hallazgo es el resultado de la comparación que se realiza entre un criterio y la situación actual encontrada durante el examen a una entidad, área o proceso; por lo tanto, a continuación, se describirán los hechos y aspectos positivos, útiles, convenientes o destacables del proceso auditado, bajo el símbolo  y por otra parte, los hechos detectados en el examen de auditoría, referente a deficiencias, desviaciones, irregularidades o debilidades del proceso; esta se registra con el símbolo  y por último, la recurrencia de hallazgos (R) observados en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas que se presentarán al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

1.Procedimiento: Asesorías. (versión 11 de 2020)

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

- 1.1. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la inadecuada gestión de las asesorías relacionadas con el portafolio de servicios de la entidad- DDO

 **H 1.1.1 Cumplimiento del control “el profesional encargado del seguimiento de la estrategia valida el avance de las asesorías en las entidades priorizadas mediante la**

consulta en los tableros de control y generación de alertas a los líderes territoriales, coordinadores de asesoría y gestión de las direcciones técnicas.”

Se ha validado que el control enunciado, relacionado con la revisión y ajuste metodológico de las asesorías, ha sido reportado de manera oportuna en el Sistema de Gestión Institucional (SGI) durante la presente vigencia. Se pudo constatar que existe un documento de seguimiento a las asesorías desarrolladas por cada dirección técnica, el cual actualiza de manera periódica los avances en la consecución de hitos de las entidades priorizadas. Para la vigencia actual, al mes de agosto, se validó la priorización de un total de 207 entidades del orden nacional y 1.045 entidades del orden territorial.

A la fecha de corte, se verificó que 480 entidades, tanto nacionales como territoriales, han completado su proceso con el Departamento, encontrándose en estado "Cerradas". No obstante, se identificó que 88 entidades del orden nacional permanecen en estado "Abierto", de las cuales 77 entidades (87,5%) presentan una ejecución inferior al 50%. Asimismo, 683 entidades del orden territorial se encuentran en estado "Abierto", de las cuales 603 entidades (88,3%) reportan una ejecución por debajo del 50%.

Se evidenció que, mediante reuniones mensuales y virtuales, se han llevado a cabo seguimientos a los avances del tablero de control, con el fin de generar recomendaciones, observaciones y alertas sobre las metas y la priorización de entidades. Estas reuniones se han realizado con dependencias pendientes de desarrollar acciones en el ámbito territorial y con los líderes territoriales, buscando establecer estrategias y acuerdos que permitan cumplir con las metas programadas para la vigencia y hacer seguimiento a las acciones desarrolladas. La evidencia de la aplicación del control se verificó mediante el archivo Excel "2024-09-14_Avance_accion_integral", el cual contiene los avances del tablero de control sobre los hitos alcanzados a lo largo del año por los profesionales de la DDO.

Desde la Dirección de Desarrollo Organizacional (DDO) se ha producido el documento "Estrategia Territorial - Formalización Laboral", que incluye comentarios y ajustes metodológicos a las estrategias de abordaje de las asesorías, enmarcadas en dos enfoques: Estrategia de Abordaje Virtual y Estrategia de Abordaje Presencial, enfocadas en el servicio de formalización laboral, se identificó que estas mejoras metodológicas se han aplicado únicamente al servicio de formalización laboral, y no se evidenciaron ajustes similares en otros servicios clave del portafolio que ofrece la DDO, tales como: Estructura de Entidades - Territorio, Creación/Supresión de empleos, Creación/Supresión de planta, Manuales de Funciones y salarios de entidades.

Recomendación: Dado que la implementación de revisiones y ajustes metodológicos contribuye a mejorar la calidad de las asesorías y mitiga el riesgo reputacional para la entidad, se recomienda a la DDO extender dichas revisiones a todos los servicios de su portafolio. Es importante asegurar que los ajustes metodológicos en los servicios mencionados sean documentados y reportados adecuadamente en el SGI, lo que permitirá gestionar mejor las expectativas de los grupos de valor, reducir el riesgo de quejas, y fortalecer la percepción positiva de la entidad frente a sus usuarios.

! H 1.1.2. Debilidad en el control: “El Gerente del proyecto o a quien designe revisa el desarrollo metodológico de las asesorías para ajustarlas y mejorar la prestación de servicios de la entidad – DDO.”

Se verificó que desde la Dirección de Desarrollo Organizacional (DDO) se produjo el documento "Estrategia Territorial - Formalización Laboral", el cual incluye ajustes metodológicos y comentarios referentes a las asesorías relacionadas con la formalización laboral. Este documento detalla dos enfoques: una Estrategia de Abordaje Virtual y una Estrategia de Abordaje Presencial, los cuales detallan los pasos para el desarrollo de las asesorías. Sin embargo, estas revisiones y ajustes metodológicos fueron aplicados únicamente al servicio de formalización laboral.

Al realizar la revisión de los demás servicios que conforman el portafolio de la DDO, tales como Estructura de Entidades - Territorio, Creación/Supresión de empleos, Creación/Supresión de planta, y Manuales de Funciones y salarios de entidades, no se evidenció la implementación de revisiones o ajustes metodológicos similares.

Adicionalmente, se encontró que los enlaces de evidencia cargados en el Sistema de Gestión Institucional (SGI) no permiten el acceso a los documentos relacionados, dificultando la localización y verificación de la documentación. Lo que genera reprocesos en la revisión de la información.

Esta situación puede generar una pérdida de calidad en las asesorías brindadas a las entidades, lo que incrementa el riesgo reputacional de la entidad por posibles quejas de los grupos de valor, afectando la percepción de la entidad. Además, los problemas con la evidencia en el SGI provocan reprocesos y dificultades en el seguimiento de los controles.

Recomendación:



Función Pública

Extender las revisiones y ajustes metodológicos a todos los servicios que ofrece en su portafolio, incluyendo aquellos relacionados con la Estructura de Entidades - Territorio, Creación/Supresión de empleos, Creación/Supresión de planta, y Manuales de Funciones y salarios de entidades. Esto garantizará una mejora integral en la calidad de las asesorías, gestionando de manera más efectiva las expectativas de los grupos de valor y reduciendo el riesgo reputacional de la entidad. Adicionalmente, se sugiere verificar que los enlaces de evidencia cargados en el SGI sean correctos y funcionales, evitando reprocesos y facilitando la revisión de los controles.

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

- 1.2. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la inadecuada gestión de las asesorías relacionadas con el portafolio de servicios de la entidad-DPTSC.



H 1.2.1. Aplicación adecuada del control: “Los profesionales designados por el o la director(a) de participación, transparencia y servicio al ciudadano, verifican mensualmente el proceso de asesoría, a través del desarrollo de los hitos programados que se encuentran en el tablero de control del orden nacional y territorial. Como evidencia se tiene el avance generado a través del tablero de control.”

Se validaron las evidencias del control en las rutas \\Yaksa\11500dptsc\2024\DOCUMENTOS_APOYO\RIESGOS\JUNIO y \\Yaksa\11500dptsc\2024\DOCUMENTOS_APOYO\RIESGOS\ABRIL, donde se evidencian los avances en la consecución de hitos y el progreso de las asesorías en las entidades. Los archivos revisados, como 2024-05-07_Avance_accion_integral y 2024-07-05_Avance_accion_integral, reflejan los avances hasta abril y junio de 2024, respectivamente.

Adicionalmente, se constató que el profesional encargado realiza un seguimiento mensual mediante el tablero de control, el cual se mantiene actualizado de acuerdo con las metas alcanzadas en cada asesoría. Estas evidencias fueron cargadas y reportadas oportunamente en el Sistema de Gestión Institucional (SGI).

Se pudo identificar fallas temporales en el sistema CRM, lo que impidió la carga oportuna de las asesorías de participación durante el mes de abril. Además, aunque el seguimiento

mensual está en curso, la actualización de los hitos de algunos meses se verá reflejada con posterioridad, lo que puede retrasar la visibilidad completa de los avances.

Recomendación: Es fundamental que el equipo de la DPTSC continúe asegurando la carga oportuna de la información correspondiente a los meses que tuvieron inconvenientes y los avances del tablero de control, de manera que se mantenga un seguimiento adecuado de los hitos programados. Esto ayudará a reducir el riesgo de quejas y reforzará la confianza de los grupos de valor en la entidad.

! H 1.2.2. Inadecuada gestión del control “Los profesionales designados por el / la directora(a) de participación, transparencia y servicio al ciudadano, verifica mensualmente el cumplimiento del material de apoyo y la información requerida para la asesoría, de acuerdo con las necesidades de la entidad territorial. Se evidencia mediante la encuesta de satisfacción del usuario DPTSC.”

Una vez validada los reportes realizados y después de la prueba de recorrido, no se encontraron evidencia de una revisión sistemática del material de apoyo utilizado en las asesorías por parte de los profesionales de la DPTSC. A pesar de la existencia de encuestas de satisfacción de usuario, no se pudo verificar que el contenido del material de apoyo haya sido evaluado o ajustado conforme a las necesidades específicas de las entidades territoriales.

Si bien se verificó un reporte periódico en tiempo y forma en el Sistema de Gestión Institucional (SGI), la información proporcionada resultó parcial. No se incluyeron datos específicos de la revisión del material de apoyo, lo que impide confirmar la adecuación y suficiencia del contenido para responder a las necesidades de las entidades.

La revisión de las encuestas de satisfacción muestra, en general, una aceptación positiva de las asesorías virtuales, destacando el valor de los facilitadores y la calidad del servicio. Las sugerencias recibidas de los participantes subrayan el interés por profundizar en temas específicos, recibir ejemplos prácticos y extender la duración de las sesiones. Sin embargo, no se evidencia un análisis formal de estas sugerencias para incorporarlas en futuras asesorías.


Aunque el control de verificación de satisfacción de los usuarios mediante encuestas está implementado, la falta de revisión y actualización del material de apoyo puede generar un riesgo de percepción negativa en los grupos de valor, dado que no garantiza la alineación de las asesorías con las necesidades específicas de las entidades. Esta debilidad, unida a

la falta de un seguimiento exhaustivo de las sugerencias de mejora, puede incidir en la calidad del servicio y, por tanto, aumentar el riesgo reputacional.

Recomendación:

1. Formalizar y documentar un proceso de revisión periódica del material de apoyo utilizado en las asesorías, asegurando su adecuación y actualización conforme a los requerimientos específicos de las entidades atendidas.

2. Implementar un sistema para consolidar y analizar las sugerencias de mejora proporcionadas en las encuestas de satisfacción y considerar su integración en futuras asesorías para mejorar la calidad y el impacto de los servicios.

 **H 1.2.3. Cumplimiento del control “El profesional (asesor) de la DPTSC, consulta de manera previa a la asesoría, las acciones formuladas en el plan de acción anual y resultados del FURAG, con el fin de ofrecer las orientaciones de acuerdo a la caracterización de las entidades territoriales. Como evidencia se cuenta con un archivo en el Excel en donde se verifica que se revisó los resultados Furag”.**

En la revisión del control, se validó que el equipo de la DPTSC realiza una consulta inicial de los resultados del FURAG como parte del proceso de priorización para el primer acompañamiento a las entidades en cada vigencia. Esta revisión se documenta en archivos diferenciados por cada grupo de política: uno elaborado por el grupo de política de servicio a la ciudadanía y otro por el grupo de política de participación ciudadana, ambos con una casilla que reporta el puntaje FURAG utilizado como criterio de priorización.

No obstante, se pudo identificar que la revisión de los resultados del FURAG se efectúa solo al inicio de la asesoría y no se actualiza a lo largo del año, lo que puede afectar la capacidad de respuesta ante cambios en el desempeño de las entidades y, por ende, limitar la efectividad del acompañamiento técnico en las necesidades actuales de cada entidad.

Recomendación:

1. Se recomienda Implementar un procedimiento estructurado y documentado para la consulta de los resultados FURAG y las acciones del plan de acción anual antes de cada asesoría. Esto debería incluir una lista de verificación o un formato estandarizado que

asegure la revisión de estos elementos de manera continua y con una periodicidad adecuada, adaptada a las necesidades de cada entidad territorial.

2. Se sugiere establecer un archivo de seguimiento que registre cada consulta a los resultados FURAG, lo cual permitirá mantener un historial de los avances y asegurará que las orientaciones estén alineadas con las necesidades actuales de cada entidad, ayudando a mitigar riesgos de quejas y fortalecer la percepción del valor de los servicios de asesoría.

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

1.3. Posibilidad de pérdida reputacional por queja de los grupos de valor, debido a la inadecuada gestión de las asesorías relacionadas con el portafolio de servicios de la entidad – DGD

! H 1.3.1. Aunque el control: “El coordinador del grupo de asesoría y gestión verifica el proceso de asesoría a través del desarrollo de los hitos programados que se encuentran en el tablero de control tanto del orden nacional y territorial con el fin de garantizar el cumplimiento de todos los hitos” es efectivo, durante la vigencia no fue registrado en el SGI para su monitoreo y control, incumpliendo la política de administración del riesgo. DGD.

Aunque el control: “El coordinador del grupo de asesoría y gestión verifica el proceso de asesoría a través del desarrollo de los hitos programados que se encuentran en el tablero de control tanto del orden nacional y territorial con el fin de garantizar el cumplimiento de todos los hitos” es efectivo, durante la vigencia, no se pudo validar el registro en el SGI para su monitoreo y control, incumpliendo con la política de administración del riesgo, que establece en las responsabilidades de la primera línea de defensa: "Reportar en el SGI los avances y evidencias de la gestión de los riesgos dentro de los plazos establecidos." así como "Definir, adoptar, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos identificados y proponer mejoras para su gestión"

No obstante, se validó la existencia del documento "2024-09-09_Avance_accion_integral_dgdi_territorio", que contiene los avances de los hitos desarrollados por los profesionales con las entidades, tanto del orden nacional como territorial. Además, se verificó el documento "2024-10-02_SgtoAvance_AT", que está disponible en una nube pública, permitiendo a los miembros del equipo de la Dirección actualizar los hitos, registrar el número de radicado en ORFEO, cargar actas de reuniones

y evidencias de las asesorías realizadas. A pesar de la falta de monitoreo del riesgo en el mapa de riesgos institucional y del SGI, el control aplicado por la DGDI para hacer seguimiento a los hitos de las asesorías ha demostrado ser efectivo, lo que contribuye a la mitigación del riesgo de pérdida reputacional.

Recomendación:

Es fundamental que la DGDI incluya el riesgo 075 en el módulo de riesgos del Sistema de Gestión Institucional y realice el seguimiento formal correspondiente. Esto permitirá consolidar las acciones de control ya implementadas y asegurar un monitoreo adecuado del riesgo en cuestión. De este modo, se podrán identificar oportunidades de mejora en la gestión de las asesorías y fortalecer la capacidad de la entidad para mitigar el riesgo reputacional.

! H 1.3.2. Debilidad en el control “El profesional de la DGDI valida de manera previa a la asesoría la información estratégica de la entidad y los resultados del FURAG, con el fin de ofrecer las orientaciones de acuerdo a la caracterización de las entidades”.

En el marco de la revisión del control, se pudo validar que el riesgo 075, no se encuentra incluido en el mapa de riesgos institucional, por lo que no se le ha realizado reporte al seguimiento adelantado por la Dirección, se recomienda a la solicitar a la OAP incluir dentro del mapa, las acciones de control, responsables y periodicidad dentro del seguimiento, con el fin de facilitar el mismo y las acciones de control, dado que esto genera un incumplimiento de la política de administración del riesgo, que establece en las responsabilidades de la primera línea de defensa: "Reportar en el SGI los avances y evidencias de la gestión de los riesgos dentro de los plazos establecidos." así como "Definir, adoptar, aplicar y hacer seguimiento a los controles para mitigar los riesgos identificados y proponer mejoras para su gestión"

Recomendación:

Es importante que la DGDI incluya el riesgo 075 en el mapa de riesgos institucional y realice el seguimiento formal correspondiente. Esto permitirá consolidar las acciones de control ya implementadas y asegurar un monitoreo adecuado del riesgo en cuestión. De este modo, se podrán identificar oportunidades de mejora en la gestión de las asesorías y fortalecer la capacidad de la entidad para mitigar el riesgo reputacional.



Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

- 1.4. 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. - DDO

✔ **H 1.4.1. Cumplimiento del control: “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.”**

Tras la revisión de una muestra aleatoria de 50 peticiones, se pudo constatar que, durante el periodo evaluado, el control implementado por la Dirección de Desarrollo Organizacional (DDO) en relación con la gestión de PQRSD es adecuado y se encuentra alineado con los criterios establecidos en la Resolución Interna 054 de 2017 y los Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS).

El control documentado para la gestión de PQRSD está debidamente implementado, y el coordinador del grupo de asesoría y gestión ha validado oportunamente las respuestas antes de su envío a través del sistema Orfeo. No se detectaron respuestas extemporáneas entre enero y agosto de la presente vigencia, y todas las solicitudes fueron gestionadas dentro de los plazos establecidos.

Adicionalmente, se comprobó que el seguimiento a las PQRSD es realizado de manera sistemática mediante el uso de matrices de Excel que permiten la identificación de alertas sobre el vencimiento de plazos, a través de un sistema de semáforo. Dicho seguimiento es reportado de manera mensual y consolidado trimestralmente en el Sistema de Gestión Integrada (SGI). Los documentos y reportes relevantes, correspondientes a las actividades de control de los trimestres evaluados, fueron verificados y validados, confirmando la efectividad del control.

En conclusión, no se identificaron deficiencias en el control durante el periodo revisado. El proceso de gestión de las PQRSD se encuentra en cumplimiento con los plazos y los controles establecidos, mitigando el riesgo de pérdida reputacional.

✔ **H 1.4.2. Apropiada gestión del control: “El servidor designado por el director técnico de la DDO verifica a través del ORFEO las PQRS próximas a vencer con el fin de remitir mediante correo electrónico las alertas respectivas a los profesionales”**

Durante la auditoría, se pudo validar la existencia de evidencias que confirman la aplicación de este control. Dichas evidencias están contenidas en los documentos denominados: 2024-04-01_Control1_enero_marzo, 2024-07-01_Control1_abril_junio y 2024-09-30_Control1_julio_septiembre, los cuales reflejan el seguimiento trimestral a las PQRSD recibidas y gestionadas a través de Orfeo. En estos informes, se confirma que el servidor

asignado realiza el seguimiento adecuado y envía alertas oportunas a los profesionales encargados, previniendo vencimientos extemporáneos.

Adicionalmente, se constató que las alertas emitidas fueron enviadas conforme a los tiempos previstos, y que el seguimiento es consolidado trimestralmente en documentos que luego se cargan en el Sistema de Gestión Integrada (SGI) como parte de los informes de control. Estos mecanismos aseguran que las PQRSD sean gestionadas dentro de los términos acordados, mitigando así el riesgo de impacto reputacional.

En conclusión, el control evaluado se encuentra funcionando de manera efectiva y cumple con los objetivos establecidos, no habiéndose identificado deficiencias en su aplicación durante el periodo revisado.

✔ **H 1.4.3. Adecuada gestión del control: “Los profesionales de la DDO revisan constantemente 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.”**

Se pudo validar que las respuestas a las PQRSD fueron emitidas de manera oportuna, evitando retrasos en el periodo evaluado. Los reportes correspondientes a los trimestres enero-marzo y abril-junio de 2024, disponibles en los documentos 2024-04-01_Control3_enero_marzo y 2024-07-02_Control3_abril_junio, evidencian el seguimiento continuo realizado por la DDO y confirman que no se presentaron respuestas extemporáneas hasta el 30 de agosto de 2024.

En cuanto a la revisión de la evidencia del control, se verificó un documento en formato Word que contiene capturas de pantalla del sistema ORFEO, mostrando que la Dirección no figura entre las áreas con solicitudes vencidas por términos. Este informe constituye una prueba adicional de que el control fue aplicado de manera adecuada y efectiva, mitigando así el riesgo de impacto reputacional por respuestas tardías a las PQRSD.

En conclusión, el control implementado por la DDO ha demostrado ser efectivo durante el periodo revisado, ya que las PQRSD han sido gestionadas dentro de los plazos establecidos, sin que se hayan identificado deficiencias o respuestas fuera de término.

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

- 1.5. 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. -DEP

✔ **H.1.5.1. Adecuada aplicación del control: “El director y el asesor de la DEP verifican la calidad y completitud de las respuestas antes de firmarlas. En caso de**



Función Pública

presentarse inconsistencias, estas son devueltas con comentarios por escrito para los ajustes pertinentes por parte del profesional correspondiente.”

Se realizó una revisión de las evidencias cargadas en el aplicativo SGI y el sistema ORFEO, donde se confirmó que los comentarios y seguimientos realizados por el director y asesor de la DEP están registrados y reflejan una verificación previa de la calidad y completitud de las respuestas antes de su firma.

A su vez, y mediante una muestra aleatoria de 50 PQRSD respondidas por la DEP en 2024, se constató que fueron validadas de acuerdo a los criterios de calidad y oportunidad cada una de las respuestas.

Adicionalmente, durante la auditoría, se revisaron las evidencias documentadas en el Sistema de Gestión Institucional (SGI) y en las rutas de almacenamiento de la DEP, específicamente:

- \\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS_DE_APOYO\REPORTE_RIESGOS_2024\ANDRES_GONZALEZ\FEBRERO
- \\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS_DE_APOYO\REPORTE_RIESGOS_2024\ANDRES_GONZALEZ\ABRIL
- \\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS_DE_APOYO\REPORTE_RIESGOS_2024\ANDRES_GONZALEZ\JUNIO

Estas evidencias confirman que tanto el director de la DEP, Dr. Francisco Camargo, como el asesor Andrés González, realizaron un proceso de revisión de calidad, completitud y fondo de las respuestas antes de su firma. En caso de detectar inconsistencias, las respuestas son devueltas para ajustes como se evidencia en su trazabilidad en el sistema ORFEO.

Recomendación:

Con base en la revisión realizada, se sugiere modificar la redacción del control evaluado, asegurando que cumpla con los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas v6. Esto permitirá estructurar el control de manera más precisa, facilitando su evaluación y seguimiento en el marco de la gestión de riesgos institucionales.

! H 1.5.2. Debilidad en la aplicación del control “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”



Función Pública

Se revisaron los documentos cargados en el aplicativo SGI y en ORFEO, los cuales reflejan que tanto el director de la DEP, Dr. Francisco Camargo, como el asesor Andrés González, realizan una revisión de calidad, forma y fondo de las respuestas. En caso de incumplimiento, las respuestas se devuelven al profesional correspondiente para ajustes, y se registra el seguimiento en ORFEO.

Se pudo validar que los documentos de seguimiento (2024-02-28, 2024-04-30, 2024-07-31 y 2024-08-31) confirman que se realizó un seguimiento trimestral a los ORFEO en estado amarillo. Sin embargo, se identificó que el control no se ejecuta consistentemente en una base diaria, como lo establece la directiva, sino en intervalos que oscilan entre el mes y el trimestre.

Mediante una muestra aleatoria de 50 PQRSD respondidas por la DEP en 2024, se constató la materialización del riesgo en dos casos debido a respuestas extemporáneas, indicando una ineficacia parcial en la aplicación del control. Además, se verificó que, en el periodo evaluado, se presentaron tres respuestas extemporáneas en total, lo cual evidencia una deficiencia en el control y sugiere que la verificación de tiempos y términos en las PQRSD no fue siempre efectiva en evitar demoras. Se relacionan los números de las peticiones extemporáneas, 20249000353632; 20242060352372; 20242060351512.

A pesar que se comprobó la implementación formal del control y su trazabilidad en ORFEO, la materialización de respuestas extemporáneas en el periodo evaluado indica una ineficiencia en la operación del control, lo que representa un riesgo reputacional para la entidad. Se recomienda revisar el proceso de control y establecer mecanismos adicionales para asegurar el cumplimiento de los tiempos de respuesta en las PQRSD.

Recomendación:

1. Aunque el control de revisión y notificación se encuentra implementado, su periodicidad irregular y la falta de trazabilidad diaria limitan su eficacia.
2. Revisar la frecuencia de aplicación del control con la Oficina Asesora de Planeación, para determinar si la revisión diaria es factible o si se requiere un ajuste en la periodicidad del reporte del seguimiento.



H.1.5.3. Adecuada aplicación del control “El servidor designado por el jefe de la dependencia verifica diariamente a través de ORFEO las PQRSD próximas a vencer, con el fin de remitir mediante correo electrónico las alertas respectivas a los servidores responsables para garantizar su atención oportuna.”

Los documentos de reporte del control registran el seguimiento realizado y las alertas enviadas a los servidores para la atención oportuna de las solicitudes que se encuentran



Función Pública

en amarillo en el semáforo de Orfeo. Durante la auditoría, se validaron las evidencias registradas en las rutas proporcionadas por la DEP:

\\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS DE APOYO\REPORTE RIESGOS 2024\AND RES GONZALEZ\FEBRERO,

\\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS DE APOYO\REPORTE RIESGOS 2024\AND RES GONZALEZ\ABRIL,

\\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS DE APOYO\REPORTE RIESGOS 2024\AND RES GONZALEZ\JUNIO.

En estos documentos, se verificaron la totalidad de los archivos de reporte mensual que contienen evidencias como capturas de pantalla de los correos enviados por el servidor asignado al equipo de la DEP. Estas evidencias reflejan la aplicación del control mediante el envío de alertas relacionadas con las solicitudes en estado amarillo en el semáforo de ORFEO, asegurando la trazabilidad de las acciones realizadas.

Recomendación: Si bien el control de revisión y notificación se encuentra documentado y en ejecución, se identifican oportunidades de mejora en su regularidad y continuidad para garantizar una mayor eficiencia en la atención de las PQRSD. Se recomienda revisar la pertinencia de la periodicidad actual del control para garantizar su adecuada cobertura, del mismo modo, incorporar criterios de identificación y manejo de desviaciones en los reportes, de acuerdo con lo establecido en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas v6. Esto permitirá fortalecer la eficacia del control y contribuirá a la mejora continua en la gestión de riesgos y la atención de peticiones ciudadanas, en línea con los objetivos institucionales.

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

1.6. 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- DPTSC



1.6.1. Apropiaada aplicación del control “El o la profesional delegado (a) de la DPTSC valida mensualmente 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. Como evidencia se tiene el reporte de ORFEO”

Para realizar la validación del control se tomó una muestra aleatoria de 50 PQRSD respondidas por la DPTSC durante la vigencia y analizados los documentos "2024-05-08_Consolidado_reporte_orfeo_dptsc" y "2024-06-30_Reporte_orfeo", cargados en el SGI. Los archivos evidencian que: Todas las solicitudes en la muestra fueron respondidas dentro

de los términos asignados, sin registro de respuestas extemporáneas; El profesional delegado envió alertas oportunas a los asesores responsables en caso de proximidad de vencimiento, lo cual contribuyó a mantener la oportunidad de respuesta; Las respuestas fueron revisadas por el coordinador antes de su envío, asegurando su precisión y calidad conforme a los estándares establecidos.

Sin embargo, se recomienda dejar evidencia de las alertas y correos enviados debido a que no fue posible identificar para cada mes de reporte las alertas enviadas durante el periodo objeto de reporte.

El control implementado se considera efectivo en la mitigación del riesgo reputacional, ya que la validación mensual y el envío de alertas contribuyeron a que las respuestas se emitieran en tiempo y forma. La supervisión periódica y la trazabilidad del control respaldan su efectividad y cumplimiento de los lineamientos de la Resolución 054 de 2017 y los Acuerdos de Nivel de Servicio.



H 1.6.2. Aplicación parcial del control “El servidor designado por el / la director(a) de la DPTSC verifica semanalmente a través de Orfeo las PQRS próximas a vencer, con el fin de remitir mediante correo electrónico las alertas respectivas. Como evidencia se tienen los correos enviados.”

Durante la revisión del control, se identificó que el seguimiento de las PQRSD se documenta en un archivo Excel que recoge de manera sistemática el reporte del seguimiento y gestión de las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y documentos (PQRSD) de la DPTSC. Este archivo permite un seguimiento detallado de cada solicitud y su gestión, contribuyendo al cumplimiento de los tiempos de respuesta y a la adecuada gestión de la información.

Sin embargo, al validar las evidencias de control, se encontraron únicamente dos correos electrónicos de alerta enviados por la Dirección de Participación y el Grupo de Gestión Documental. Este volumen de alertas es considerado insuficiente para respaldar la efectividad de la acción de control establecida por la dirección, especialmente dado el volumen de respuestas y el número de radicados en Orfeo. Se recomienda implementar un reporte sistemático del monitoreo de PQRSD y documentar todas las alertas enviadas a los profesionales de la DPTSC dentro de los plazos establecidos.

Adicionalmente, se revisaron los documentos relacionados con los reportes de los meses de abril y junio, los cuales contienen información relevante sobre las PQRSD recibidas y resueltas, así como alertas generadas desde el Grupo de Gestión Documental respecto al riesgo de extemporaneidad. Sin embargo, se identificó una falta de consistencia en la frecuencia y la documentación de las alertas emitidas, lo que podría comprometer la

capacidad de respuesta oportuna y la calidad de atención a las solicitudes de los grupos de valor.

Recomendación:

Se concluye que, aunque existen controles establecidos para la verificación de las PQRSD, la evidencia recopilada no es suficiente para garantizar la efectividad de dichos controles en la prevención de riesgos de extemporaneidad, se recomienda fortalecer el reporte de evidencias, incluyendo los correos y alertas enviadas a los profesionales del área.

! H 1.6.3. Debilidad en la aplicación del control “Los profesionales de la DPTSC revisan semanalmente 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. Como evidencia se tiene el reporte descargado desde ORFEO”

Durante la revisión de la evidencia aportada por el grupo de la DPTSC que supervisa el control adoptado, se observaron aspectos críticos. Para los meses de abril y junio, se presentaron los documentos 2024-05-08_Consolidado_reporte_orfeo_dptsc y 2024-04-30_Reporte_orfeo_dptsc, respectivamente, los cuales evidencian que no se han presentado respuestas extemporáneas hasta la fecha. Sin embargo, para el mes de agosto, se identificó un correo electrónico enviado por la directora a uno de los profesionales, alertando sobre la posible materialización del riesgo de extemporaneidad en la solicitud 20242060596832.

A pesar de la ausencia de respuestas extemporáneas reportadas, no se pudo validar un seguimiento efectivo y continuo a las peticiones que ingresan a la DPTSC. Los reportes de control analizados omiten las alertas y notificaciones enviadas a los profesionales del área, lo que indica una falta de documentación completa y seguimiento en la gestión de las peticiones. Esta carencia de información puede comprometer la efectividad del control establecido y, por ende, aumentar el riesgo de no cumplir con los términos de respuesta, lo que podría resultar en quejas de los grupos de valor.

Recomendación:

Se recomienda implementar un sistema de documentación que incluya todas las alertas y notificaciones enviadas a los profesionales del área, con el fin de garantizar un seguimiento efectivo de las PQRSD de acuerdo a su programación y así mitigar el riesgo de materialización de respuestas extemporáneas.

2. Procedimiento: Formación y Capacitación (versión 3 de 2019)

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:



Función Pública

- 2.1. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido al incumplimiento de las características de calidad (claridad, cumplimiento, confiabilidad y oportunidad) en las actividades de formación y capacitación brindadas a los Grupos de Valor

! H 2.1.1. Debilidad en la aplicación del control “El profesional designado en cada dirección técnica cada vez que se requiera, verifica el cumplimiento de los requisitos de calidad en las actividades de formación y capacitación; así como el cumplimiento de los lineamientos aplicables según las disposiciones legales para asegurar la efectividad en los servicios prestados. En caso de detectar inconsistencias, efectúa las correcciones a que haya lugar”.

De acuerdo con el procedimiento "Formación y Capacitación (versión 3 de 2019)", establecido en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión, cuyo objetivo es "Generar conocimiento y aumentar la capacidad técnica de los grupos de valor, a través de actividades de capacitación y formación", el Protocolo de Servicio al Ciudadano (versión 8 de 2022), el cual establece que un servicio de calidad debe cumplir con atributos relacionados con la expectativa del usuario respecto de la forma en que espera sea atendido por el servidor y estos son como mínimo, los siguientes: respetuoso, amable, confiable, empático Incluyente, oportuno y efectivo. La información debe ser oportuna, clara y completa y el Modelo de Servicio al Ciudadano Departamento Administrativo de la Función Pública (versión 8 de 2022), define numeral 6. Información confiable "Este componente busca que la entidad garantice que los grupos de valor obtengan información completa, clara y precisa sobre las condiciones de tiempo, modo y lugar en que se atenderá su requerimiento o se gestionará su trámite", se pudo evidenciar lo siguiente:

Según el procedimiento se debe analizar el diagnóstico de las entidades incluidas en el Plan de Acción Integral e identificar la necesidad de capacitación o formación y elaborar el cronograma de trabajo. Una vez solicitada la información a las direcciones técnicas sobre el cumplimiento de estas directrices, se observó que en la ruta \\Yaksa\11402gagap\2024\CONTROL_INTERNO\1. CRONOGRAMA_DEP archivo 2024-08-28_Cronograma_capacitaciones_dep, se evidencian las capacitaciones programadas para los meses de septiembre y octubre de 2024; no obstante, no se reflejan las correspondientes de enero a julio. Igualmente, se evidencia "formato de distribución de instituciones públicas a los profesionales del DAFP", en el cual se asignan a los profesionales de la DEP las Entidades Nacionales y Territoriales que deben asesorar.

En la Dirección de Desarrollo Organizacional, se evidencio un documento denominado "Estrategia Territorial - Formalización Laboral 2024 PAUT", el cual tiene como objetivo general "Establecer estrategias que le permitan a la Dirección de Desarrollo Organizacional poder establecer mecanismos de acercamiento efectivo con los territorios y así cumplir con las metas del gobierno nacional en temas de formalización en territorio". Objetivo específico:



Función Pública

desarrollar comunicación virtual por medio de streams, canales virtuales, talleres y capacitaciones in live. Se registra el esquema del primer webinar; sin embargo, no se observa un cronograma o plan de trabajo para la planeación de las diferentes capacitaciones brindadas por la DDO durante la vigencia.

En la Dirección de Participación Transparencia y Servicio al Ciudadano, no se evidencio cronograma o plan de trabajo para las capacitaciones de la vigencia.

La Dirección de Gestión y Desempeño Institucional, realizó cronograma de capacitaciones masivas en temas: plan anual de auditorías, esquemas de líneas de defensa, auditoría interna, planes de mejoramiento y administración del riesgo entre otros.

Así mismo, frente al registro de validación de los atributos o requisitos de calidad establecidos para la prestación del servicio y los contenidos de las presentaciones y/o material a utilizar en las capacitaciones, de acuerdo con los lineamientos, el protocolo y modelo de servicio al ciudadano, se pudo establecer lo siguiente:

Durante el periodo evaluado la DEP ha dictado capacitaciones en los siguientes temas: apropiación de los valores del código de integridad, capacitación SIGEP II (vinculación, ingreso, actualización hoja de vida, bienes y rentas, asignación de roles, actualización usuarios, recuperación contraseñas, etc), teletrabajo, conflicto de intereses, ley de cuotas, gerencia pública, lineamientos para la elaboración del plan estratégico del talento humano, entre otros. Según entrevista, la DEP informó que criterios de calidad como tal, no se encuentran estandarizados, pero existe la caja de herramientas en la cual se tienen las presentaciones y cada profesional define como dicta la capacitación.

De enero a agosto de 2024, la DPTSC llevo a cabo capacitaciones masivas en participación ciudadana y rendición de cuentas a Entidades de nivel Nacional, a algunas Gobernaciones, y Alcaldías. No se evidencian registros donde se validen los requisitos o atributos de calidad y los contenidos de las presentaciones y/o material a utilizar en las capacitaciones, de acuerdo con los lineamientos, el protocolo y modelo de servicio al ciudadano.

En lo corrido de la vigencia la DDO ha desarrollado capacitaciones masivas sobre formalización laboral presentando los instrumentos, herramientas y orientaciones técnicas con el fin de coadyuvar a las entidades públicas a dar cumplimiento jurisprudencial a la dignificación del empleo público a través de la formalización del empleo público en equidad.

Aunque la "Estrategia Territorial - Formalización Laboral 2024 PAUT" define que, en todos los casos, la información generada por los gerentes públicos y líderes de proceso para el desarrollo de la Información y Comunicación en el DAFP, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Breve - Correcta - Completa - Precisa - Coherente



Función Pública

- Oportuna para la fecha de publicación
- Pertinente para el público al cual está dirigida
- Difundida en un lenguaje claro y acorde al perfil de los usuarios
- Redactada según las reglas de redacción y ortografía del español

Una vez verificado lo anterior, no se evidencia la revisión del cumplimiento de estos requisitos.

Si bien desde la DGDI, se establecieron los criterios de calidad para las asesorías en el marco de MIPG para dar cumplimiento a la Estrategia de Acción Territorial, desde la definición de los hitos y los productos, no se evidencian registros donde se validen los criterios en las capacitaciones.

Recomendación:

1. Revisar la pertinencia, aplicación y actualización del procedimiento "Formación y Capacitación (versión 3 de 2019), el Protocolo de Servicio al Ciudadano (versión 8 de 2022) y el Modelo de Servicio al Ciudadano Departamento Administrativo de la Función Pública (versión 8 de 2022), acorde con el direccionamiento y la estrategia territorial.

2. Para la ejecución del Proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial, es necesario definir y documentar los términos de asesoría, capacitación, formación y asistencia técnica, los cuales permitirán a todas las direcciones apropiar de manera clara la aplicación de cada concepto en la Entidad.

3. Es prioritario que, a partir del diagnóstico de las entidades priorizadas en el plan de acción integral, se identifiquen las necesidades de capacitación, formación, asesoría y/o asistencia técnica y se elabore un cronograma o plan de trabajo que permita efectuar el seguimiento de manera efectiva.

4. Es necesario revisar y documentar los requisitos o atributos de calidad establecidos para la prestación del servicio y los contenidos de las presentaciones y/o material a utilizar en las capacitaciones, asesorías y/o asistencia técnica de manera integral, teniendo en cuenta el protocolo y el modelo de servicio al ciudadano. Se recomienda a la Oficina Asesora de Planeación como segunda línea de defensa de la Entidad, asesorar a las direcciones técnicas en la definición y verificación de contenidos frente a los requisitos de Claridad, Confiabilidad, Cumplimiento y Oportunidad de los atributos definidos en la "Ficha Técnica de Identificación y Control de Producto", en el producto asociado "Servidores Públicos y Ciudadanos Formados y Capacitados", la cual fue retirada del Sistema Integrado de Planeación y Gestión Institucional - SIPG porque los procesos no la estaban utilizando.

! H 2.1.2. Incumplimiento de la aplicación del control "El profesional designado, cada vez que dicta una capacitación, verifica que los asistentes diligencien la



Función Pública

encuesta que permita evaluar la calidad de los servicios prestados a través de los diferentes canales de atención, en cumplimiento del protocolo de medición de encuestas establecido en la Entidad”.

Teniendo en cuenta el procedimiento "Formación y Capacitación (versión 3 de 2019), el cual define la evaluación de percepción de calidad a través de encuesta y el "Protocolo de medición de encuestas (versión 5 de 2019)" en el que se establecen los tipos de encuesta de Función Pública, entre otras: servicios (capacitación, asesoría y eventos) a cargo de las direcciones técnicas y la subdirección, asesoría integral territorios a cargo de las direcciones técnicas. Así mismo, define las condiciones de aplicación de la encuesta: "Las encuestas deben diligenciarse al finalizar el servicio o trámite; este espacio debe ser considerado dentro de la planificación o agenda del servicio o trámite ofrecido, estas encuestas son aplicables para aquellos servicios o trámites ofrecidos dentro y fuera de la Entidad a nivel nacional y territorial, las encuestas deben ser respondidas de manera individual, si el resultado de la medición de percepción de nuestros grupos de valor es en gran porcentaje insatisfactorio, se deberá establecer una acción correctiva, la consolidación de los datos y elaboración de informes de encuestas se llevará a cabo trimestralmente por parte del Grupo de Servicio al Ciudadano Institucional, entre otros. Es importante conocer las opiniones de los grupos de valor con el fin de identificar oportunidades de mejora", se evidencio lo siguiente:

Resultados encuesta percepción asesoría Integral: En la ruta <https://www1.funcionpublica.gov.co/web/intranet/registrosyencuestas>, se evidenció que durante el periodo enero agosto de 2024 en la DEP, se aplicaron ocho (8) encuestas en el tema de SIGEP, en la DPTSC se aplicaron 287 encuestas en temas: Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Transparencia e Integridad y Racionalización de Trámites, en la DDO se aplicaron cinco (5) encuestas en el tema de manual de funciones y en la DGDI se aplicaron treinta y ocho (38) encuestas en los temas de MIPG y riesgos. Igualmente, según los resultados de la encuesta de percepción de servicios durante el periodo enero agosto, la DEP aplico dos (2) encuestas, La DPTSC no registra encuestas, la DDO aplico dos (2) encuestas y la DGDI aplico una (1) encuesta. De acuerdo con estos resultados versus el total de servicios prestados por la entidad, se observa un porcentaje muy bajo en la aplicación de encuestas, lo cual no permite medir el grado de satisfacción de los grupos de valor para posibilitar la mejora continua.

De otra parte, y de acuerdo con el "Informe unificado de PQRSD y percepción de los grupos de valor y otros de interés (Oficina Relación Estado y Ciudadanías)" elaborado trimestralmente, a continuación, se relacionan los resultados de la encuesta de percepción de servicios:

Dependencia	Resultados Informes PQRSD encuestas de percepción	
	Primer trimestre 2024	Segundo trimestre 2024
Dirección Empleo Público	16 encuestas	5 encuestas
Dirección de Participación Transparencia y Servicio al Ciudadano	120 encuestas	95 encuestas
Dirección Desarrollo Organizacional	10 encuestas	9 encuestas
Dirección de Gestión y Desempeño Institucional	24 encuestas	15 encuestas
Conclusiones de percepción de servicios (Informe PQRSD)	La encuesta de percepción más evaluada por los grupos de valor fue la del canal escrito, con un 58.61% del total de estas. De las 418 encuestas efectuadas por los canales de atención, la calificación promedio fue Excelente con un 47,84%.	De las 438 encuestas el 18,99% fueron calificadas deficientemente y 11,85% calificadas aceptable. De las encuestas efectuadas por los canales de atención evidenciamos que de 438 encuestas 135 ciudadanos calificaron como Insatisfecho para un total de 30,82%.

Fuente: Informes de PQRSD y percepción de los grupos de valor y otros de interés (Oficina Relación Estado y Ciudadanías)

Así mismo, en el informe que PQRSD se recomienda que en aquellas evaluaciones que presentan calificación deficiente, se revise para identificar si los resultados ameritan alguna acción correctiva que deba adoptarse al interior de la Dirección. No se evidencia aplicación de las encuestas, ni análisis de las calificadas como deficientes y/o aceptables.

Recomendación:

1. Es importante revisar y actualizar el "Protocolo de medición de encuestas (versión 5 de 2019)" acorde al direccionamiento estratégico y a la estrategia territorial
2. De acuerdo con el "Protocolo de medición de encuestas (versión 5 de 2019)" en el que se establecen los tipos de encuesta de Función Pública, entre otras: servicios (capacitación, asesoría y eventos) a cargo de las direcciones técnicas y la subdirección, asesoría integral territorios a cargo de las direcciones técnicas. Así mismo, define las condiciones de aplicación de la encuesta: "Las encuestas deben diligenciarse al finalizar el servicio o trámite; este espacio debe ser considerado dentro de la planificación o agenda del servicio o trámite ofrecido, estas encuestas son aplicables para aquellos servicios o trámites ofrecidos dentro y fuera de la Entidad a nivel nacional y territorial", se debe dar cumplimiento a estas directrices las cuales permitirán analizar los resultados de la percepción efectuada por los grupos de valor, a efectos de proponer los aspectos a mejorar.
3. Según el "Informe unificado de PQRSD y percepción de los grupos de valor y otros de interés (Oficina Relación Estado y Ciudadanías)", elaborado trimestralmente, se deben revisar las evaluaciones que presentan calificación deficiente, para identificar si los

resultados ameritan alguna acción correctiva que deba adoptarse al interior de cada Dirección Técnica.

3. Procedimiento: Elaboración y Ejecución del plan de acción técnico (versión 3 de 2019)

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

- 3.1. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a una inadecuada gestión de cambios en la construcción de documentos y metodologías de política - DPTSC

! H 3.1.1. Debilidad en la aplicación del control "Los profesionales designados por el o la director(a) de participación, transparencia y servicio al ciudadano validarán mensualmente los documentos y metodologías que se expidan, con el fin de que cumplan con los criterios de calidad, pertinencia y oportunidad. Como evidencia se tiene un registro de reunión de la revisión y validación con los articuladores y/o la subdirección"

Con el fin evaluar la eficacia del control "Los profesionales designados por el o la director(a) de participación, transparencia y servicio al ciudadano validarán mensualmente los documentos y metodologías que se expidan, con el fin de que cumplan con los criterios de calidad, pertinencia y oportunidad. Como evidencia se tiene un registro de reunión de la revisión y validación con los articuladores y/o la subdirección", se revisaron las evidencias registradas en el SGI:

La ruta //yaksa/11500dptsc/2024/DOCUMENTOS_APOYO/RIESGOS/ABRIL/2024-03-07_Verificacion_entregables_dptsc.pdf evidencia el cronograma de documentos y metodologías para la vigencia 2024 construido conjuntamente con los articuladores y el asesor de la DPTSC, en el cual se establecieron las fechas para la entrega de los productos de la dirección así:

Cronograma documentos y metodologías DPTSC		
Nombre del entregable	Descripción del documento	Fecha entrega final
Estrategia Colombia comprende lo público	Diseño de lineamientos de lenguajes claros, fáciles, accesibles e incluyentes para que las Entidades del estado, adecúen sus procesos de comunicación e interacción con las ciudadanías diversas, pueblos, comunidades y movimientos.	30 de junio de 2024



Función Pública

Cronograma documentos y metodologías DPTSC		
Nombre del entregable	Descripción del documento	Fecha entrega final
Conceptualizar las ciudadanías diversas, comunidades, movimientos, pueblos y grupos de valor para el servicio público	Documento que reconoce en contexto territorial poblacional diferencial a las ciudadanías diversas, comunidades, movimientos, pueblos y grupos de valor para que las Entidades del estado puedan adecuar su oferta pública...	31 de diciembre de 2024
Informe acerca de la actualización al Sistema de Rendición de Cuentas de la implementación del acuerdo de paz SIRCAP	Informe sobre publicación de informe individuales de rendición de cuentas sobre implementación del acuerdo de paz. Inicia su elaboración al final del año con el último reporte de los informes publicados en SIRCAP	31 de diciembre de 2024
Caja de herramientas codiseñada con la participación de las ciudadanías	Herramientas para promover la participación de las ciudadanías; pueden ser infografías, formatos en Excel, instructivos, plantillas, videos, entre otros	31 de diciembre de 2024

Fuente: 2024-03-07_Verificacion_entregables_dptsc.pdf

En la ruta \\Yaksa\11500dptsc\2024\DOCUMENTOS_APOYO\RIESGOS\JUNIO, se registran los archivos: 2024-04-16_Reunion_equipo_servicio_canasto, 2024-03-25_Lineamientos_lenguajes_claros_comprendibles_incluyentes, 2024-01-26_Estrategia_educomunicativa_avance1, en los cuales se trataron los siguientes temas: socialización y retroalimentación de la estrategia el canasto de lo público, documento borrador de lineamientos lenguajes claros comprensibles incluyentes versión 2 y estrategia educomunicativa para la participación y la paz versión 2023. Así mismo, el reporte en la ruta \\Yaksa\11500dptsc\2024\DOCUMENTOS_APOYO\RIESGOS\AGOSTO, registra las siguientes evidencias: 2024-08-23_Acta_reunion_articuladores: actividades trámites, actividades servicio al ciudadano 2024-07-17_Correo_documento_lenguaje_claro: documento final que contiene los lineamientos de la estrategia de lenguajes claros, comprensibles e incluyentes.

De acuerdo con lo anterior, se pudo evidenciar que se elaboró el cronograma de documentos y metodologías DPTSC para la vigencia 2024, en este, se definió un documento descrito como "Diseño de lineamientos de lenguajes claros, fáciles, accesibles e incluyentes para que las Entidades del estado, adecúen sus proceso de comunicación e interacción con las ciudadanías diversas, pueblos, comunidades y movimientos" con fecha de entrega final para el 30 de junio de 2024; no obstante se pudo observar que al mes de agosto el documento se encontraba en el estado de reporte PIIP en "ajuste por observaciones"; los otros tres (3) entregables reportan fecha de entrega final para el 31 de diciembre de 2024 y se encuentran en ejecución.




Función Pública

De otra parte, frente al control "Los profesionales designados por el o la director(a) de participación, transparencia y servicio al ciudadano validarán mensualmente los documentos y metodologías que se expidan, con el fin de que cumplan con los criterios de calidad, pertinencia y oportunidad. Como evidencia se tiene un registro de reunión de la revisión y validación con los articuladores y/o la subdirección", se establece una periodicidad mensual, pero el reporte y registro de evidencia, se realizó en los meses de abril, junio y agosto; así mismo, aunque se realizaron varias reuniones de seguimiento a los temas de la dirección técnica, los registros en el SGI, no evidencian de manera clara y precisa la validación de los criterios de calidad, pertinencia y oportunidad a los documentos y metodologías descritos en el cronograma, tal como lo define el control.

Recomendación:

1. De acuerdo con el cronograma de documentos y metodologías de la DPTSC para la vigencia 2024, es necesario dar cumplimiento a los entregables en las fechas establecidas.
2. Se sugiere revisar la periodicidad del control y ajustarlo a la periodicidad del reporte de los riesgos en el Sistema de Gestión Institucional - SGI
3. Con el fin de evaluar la efectividad del control es importante que, en el SGI, se realicen los registros de evidencias de cumplimiento del control de manera clara y precisa.

 **H 3.1.2. Adecuada aplicación del control "El o la Director(a) de la DPTSC revisa y aprueba el documento técnico de acuerdo con el cronograma de trabajo establecido para la entrega final, dando la viabilidad para la publicación. Como evidencia se tiene el correo de aprobación del documento"**

Verificado el reporte de seguimiento al control " El o la Director(a) de la DPTSC revisa y aprueba el documento técnico de acuerdo con el cronograma de trabajo establecido para la entrega final, dando la viabilidad para la publicación. Como evidencia se tiene el correo de aprobación del documento", se pudo evidenciar que, durante el periodo evaluado, se revisó y aprobó el cronograma de documentos y metodologías por parte de la directora de la Dirección de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano.

En la ruta [\\Yaksa\11500dptsc\2024\DOCUMENTOS APOYO\RIESGOS](#), reposan los documentos que permiten evidenciar las reuniones y gestión adelantada por los articuladores y la directora, especialmente en la revisión del documento que contiene los lineamientos de la estrategia de lenguajes claros, comprensibles e incluyentes.

Recomendación:

Es importante registrar las evidencias del cumplimiento del control de manera clara y precisa.

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

- 3.2. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor o interesados debido al incumplimiento de los planes, programas y proyectos establecidos en cada vigencia. – DEP.

! H 3.2.1. Debilidad en la aplicación del control “El coordinador (a) del grupo de a y g verifica el cumplimiento de las metas a su cargo para garantizar el adecuado cumplimiento a la planeación institucional”

Una vez verificadas las evidencias del control "El coordinador (a) del grupo de a y g verifica el cumplimiento de las metas a su cargo para garantizar el adecuado cumplimiento a la planeación institucional" reportadas en el módulo de riesgos del Sistema de Gestión Institucional - SGI, se pudo evidenciar los siguiente:

En la ruta <\\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS DE APOYO\REPORTE RIESGOS 2024\LUIS A RODRIGUEZ\FEBRERO>, se registra el archivo 2024-02-29_Febrero en el cual se observan 37 archivos de variados temas: correos electrónicos, matriz de empleo público y entidades priorizadas, presentaciones, entre otros.

La ruta <\\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS DE APOYO\REPORTE RIESGOS 2024\LUIS A RODRIGUEZ\ABRIL>, registra la carpeta 2024-04-30_Abril la cual contiene 23 correos donde se informan diversos temas a los integrantes del grupo a y g como distribución productos por hito, solicitud de asistencia a capacitaciones, entre otros temas.

En la ruta <\\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS DE APOYO\REPORTE RIESGOS 2024\LUIS A RODRIGUEZ\JUNIO>, 2024-06-30_Junio reposa un archivo denominado: cuenta_radicados_usuario_expediente_electronico.

En la ruta <\\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS DE APOYO\REPORTE RIESGOS 2024\LUIS A RODRIGUEZ\AGOSTO>, carpeta 2024-08-31_Agosto, se observan 46 archivos con temas como: asesorías programadas, distribución temas a y g, capacitación hitos, matriz de empleo público y relación de radicados, entre otros.

Si bien en cada ruta de yaksa aportada como evidencia de aplicación del control, se observan varios documentos, correos matrices, presentaciones, radicados, etc. que aportan a la gestión de los temas de Empleo Público y Política del Talento Humano, no se puede validar con claridad la verificación que realiza la Coordinadora de Asesoría y Gestión para garantizar el cumplimiento de la planeación institucional, tal como lo describe el control.

Recomendación:

Analizar y evaluar la pertinencia del control que permita reducir o mitigar el riesgo establecido y aportar las evidencias que demuestren la ejecución de la acción de control. De otra parte, y de acuerdo con la Política Administración del Riesgo y Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, se debe revisar que el control describa los siguientes aspectos: responsable, acción, periodicidad, complemento o finalidad, desviación y evidencia.

! 3.2.2. Inaplicabilidad del control “El coordinador (a) del grupo de Transformación Digital del Empleo Público verifica el cumplimiento de las metas a su cargo para garantizar el adecuado cumplimiento a la planeación institucional”

Mediante Resolución 091 del 16 de febrero de 2024 "Por la cual se asignan los empleos que integran los Grupos Internos de Trabajo del Departamento Administrativo de la Función Pública y se designan los coordinadores de los mismos", se observa que, en la Dirección de Empleo Público, únicamente quedaron los Grupos de Análisis y Política y Asesoría y Gestión. Sin embargo, para el riesgo "Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor o interesados debido al incumplimiento de los planes, programas y proyectos establecidos en cada vigencia. - DEP", se definió el control "El coordinador (a) del grupo de Transformación Digital del Empleo Público verifica el cumplimiento de las metas a su cargo para garantizar el adecuado cumplimiento a la planeación institucional"; control que ya no aplicaba para la vigencia 2024, razón por la cual no se efectuó el seguimiento en el SGI.

En la prueba de recorrido efectuada por parte de la Oficina de Control Interno a la Dirección de Empleo Público, se alertó sobre esta situación, razón por la cual mediante correo de fecha 27-09-2024, la DEP solicitó a la OAP la eliminación de los riesgos asociados al Grupo de Transformación Digital; no obstante, al verificar el reporte "sabana control riesgos" en el SGI, aún se encuentra registrado el control.

Recomendación:

Teniendo en cuenta que, desde el mes de febrero de la vigencia, se conocía la decisión de eliminar el Grupo de Transformación Digital del Empleo Público, es necesario que, desde la Dirección de Empleo Público con la asesoría de la Oficina Asesora de Planeación, se revisen los riesgos y controles del proceso y se realicen los ajustes pertinentes de manera oportuna.

! 3.2.3. Debilidad en la aplicación del control “El coordinador (a) del grupo de a y p verifica el cumplimiento de las metas a su cargo para garantizar el adecuado cumplimiento a la planeación institucional”.



Función Pública

Verificadas las evidencias del control "El coordinador (a) del grupo de a y p verifica el cumplimiento de las metas a su cargo para garantizar el adecuado cumplimiento a la planeación institucional" reportadas en el módulo de riesgos del Sistema de Gestión Institucional - SGI, se pudo evidenciar los siguientes registros en las carpetas de yaksa:

\\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS DE APOYO\REPORTE RIESGOS 2024\DIAN A ROBLEDO\FEBRERO, se observa la carpeta ACTAS_SEGUIMIENTO_AYP, registra reuniones internas de seguimiento al avance de las metas.

\\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS DE APOYO\REPORTE RIESGOS 2024\DIAN A ROBLEDO\ABRIL\2024-04-30 Abril, en los meses de marzo y abril se encuentran los registros de las actas de seguimiento de avance de A y P.

\\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS DE APOYO\REPORTE RIESGOS 2024\DIAN A ROBLEDO\JUNIO\2024-07-02 Junio, aunque se observan carpetas por cada tema, no se registra el seguimiento de avance a cada tema, como se venía adelantando hasta el mes de abril.


\\Yaksa\11400dep\2024\DOCUMENTOS DE APOYO\REPORTE RIESGOS 2024\EDISON TOBARIA 2024-08-31_agosto, se observan varios archivos de correos y un calendario de reuniones para realizar seguimiento a las actividades propias del grupo de A y P, pero no se evidencian los registros de las reuniones llevadas a cabo.

Recomendación:

Analizar y evaluar la pertinencia del control que permita reducir o mitigar el riesgo establecido y aportar las evidencias que demuestren la ejecución de la acción de control. De otra parte, y de acuerdo con la Política Administración del Riesgo y Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, se debe revisar que el control describa los siguientes aspectos: responsable, acción, periodicidad, complemento o finalidad, desviación y evidencia.

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

3.3. Posibilidad de pérdida económica y reputacional por incumplimiento de las funciones y objetivos institucionales, debido a deficiencias en el desarrollo integral de proyectos y estrategias transversales que permitan el mejoramiento de la Administración Pública.

 **H.3.3.1. Cumplimiento del control” el Comité de Gestión y Desempeño Institucional y el Comité Directivo al comienzo de la vigencia revisa que la planeación institucional aporte al cumplimiento de las metas de gobierno, al plan estratégico sectorial, los documentos CONPES, MIPG y demás compromisos institucionales para**



Función Pública

dar su aprobación y realizar el seguimiento durante la vigencia. En caso de ajuste a la planeación se presentará al respectivo comité”

Mediante Acta No1 del 29 de enero de 2024 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, se socializó el Plan Estratégico Sectorial 2022-2026 haciendo referencia a las 6 macrometas que el Departamento tiene en común con la ESAP: 1) Reorganización de las Administraciones Públicas Nacionales 2) Redefinición y fortalecimiento del modelo de las administraciones públicas territoriales en clave de diversidad 3) Formalización del empleo público 4) Servidor público orientado a la productividad social en un estado abierto 5) Participación incidente para el dialogo y la gobernanza social y 6) Formación de ciudadanos para el accionar público con visión holística como aporte a la transformación del estado.

En este comité se aprueba el ajuste a la macrometas 5) la cual se denominaba “Estado abierto para la gobernanza social” por “Participación incidente para el diálogo y la gobernanza social”; cambio que había sido aprobado previamente en comité sectorial. Igualmente, cada líder de dependencia presenta la planeación del 2024 (entregables y metas), la cual es aprobada; en total se aprobaron 98 entregables, los cuales apuntan a las 6 macrometas definidas. Así mismo, se publicó en la página web de la Entidad.

Para la planeación de la vigencia 2024, se tuvo en cuenta el Plan Estratégico 2022 -2026 (PND, CONPES 4091 DE 2022, CONPES 3918 DE 2018) así:

El Plan Estratégico Sectorial se estructura en seis capítulos, el primero presenta el contexto general del actual Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026 “Colombia, potencia mundial de la vida” (ley 2294 de 2023) y los compromisos del sector (Decreto 1083 de 2015 Decreto Único Reglamentario de Función Pública), el segundo presenta el marco normativo del sector y del plan (Decreto 430 de 2016 modifica la estructura del DAFP, Decreto 666 de 2016 estructura del DAFP), el tercer capítulo presenta el marco estratégico de cada entidad (Conpes 4091 de 2022 Política para la asistencia técnica territorial, Conpes 3918 estrategia para la implementación de los ODS en Colombia), el cuarto capítulo describe las Macrometas sobre las cuales se ha organizado la acción coordinada del sector, el cuarto capítulo presenta el plan operativo con el detalle de los productos y metas formulados y el último capítulo presenta el esquema de seguimiento establecido para promover la implementación.

El CONPES 3918 de 2018 definió la estrategia para la implementación de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) en Colombia:

1) Adelantar acciones de pedagogía sobre los ODS para los entes territoriales, con el propósito de asegurar los niveles adecuados de cualificación profesional en el diseño e implementación de políticas públicas en función de los objetivos y metas de desarrollo

sostenible: (Número de entes territoriales con pedagogía ODS realizada/Número total de entes territoriales) *100
[1102 municipios + 32 Gobernaciones = 1134]

2) Capacitar a los aspirantes a alcaldías y gobernaciones para la adecuada apropiación de los ODS y su inclusión en la definición de programas de gobierno y en los procesos de planeación territorial. Nota: Esta acción se realizará cada 4 años a partir de 2019.

El CONPES 4091 de 2022: Política para la asistencia técnica territorial, estableció las siguientes acciones:

-El Departamento Administrativo de la Función Pública, con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación, el el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia y la Escuela Superior de Administración Pública, entre 2022 y 2023, diseñará e implementará la estructura de gobernanza de la Política Nacional de Asistencia Técnica Territorial. La estructura de gobernanza de la política tendrá su propio reglamento y será formalizada por el DAFP en el seno del Consejo de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG).

-En el 2023, el Departamento Administrativo de la Función Pública, con el acompañamiento del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, integrará el Modelo de ATT al MIPG. Esta integración propenderá porque las entidades públicas incorporen el modelo de ATT, así como la agenda y planes de trabajo, dentro sus sistemas integrados de gestión, además de facilitar el seguimiento estratégico a lo propuesto en la agenda y a su articulación con las dimensiones de talento humano, direccionamiento estratégico y planeación, gestión con valores para resultados, evaluación de resultados, y gestión del conocimiento y la innovación.


Para el cumplimiento de estas acciones, se evidencian registros de reuniones y listados de asistencia desde la vigencia 2023 con el Ministerio del Interior, Ministerio de Hacienda, Función Pública, ESAP, DNP y Agencia Presidencial de Cooperación Internacional donde se ha realizado revisión de las condiciones establecidas en el CONPES buscando intervenir de manera organizada y articulada con todas las entidades para llegar a territorio; no obstante a la fecha no se ha integrado el modelo de Asistencia Técnica Territorial al MIPG, igualmente, se tiene el primer remisorio del proyecto de decreto por el cual se crea la comisión intersectorial de asistencia técnica territorial.

De otra parte, mediante las actas números 003 del 21/03/2024, 005 del 28-05-2024, 006 del 26-06-2024, Acta 007 del 29-07-2024 y 008 del 29-08-2024 del Comité Directivo, se pudo evidenciar el seguimiento permanente a la Planeación Institucional y a la ejecución presupuestal por parte de la Alta Dirección, alertando de manera oportuna los posibles

rezagos y las oportunidades de mejora para dar cumplimiento a los entregables establecidos en el plan de acción anual.

Recomendación:

Teniendo en cuenta el CONPES 4091 de 2022: Política para la asistencia técnica territorial, el cual establece que el Departamento Administrativo de la Función Pública, con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia y la Escuela Superior de Administración Pública, entre 2022 y 2023, diseñará e implementará la estructura de gobernanza de la Política Nacional de Asistencia Técnica Territorial. La estructura de gobernanza de la política tendrá su propio reglamento y será formalizada por el DAFP en el seno del Consejo de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y que en el 2023, el Departamento Administrativo de la Función Pública, con el acompañamiento del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, integrará el Modelo de ATT al MIPG, es importante continuar fortaleciendo la gestión con las Entidades involucradas y llevar a feliz término las acciones encomendadas.

 **H.3.3.2. Aplicación adecuada del control “El Gerente del proyecto de inversión "Consolidación de las capacidades de gestión y desempeño de las entidades y servidores públicos del nivel territorial y nacional para recuperar la confianza de la ciudadanía en el Estado" verifica mensualmente el avance de los productos a cargo de las direcciones técnicas para reportar al PIIP (aplicativo DNP). En caso de retraso o incumplimiento genera alerta”**

Según el acuerdo de desempeño, el proyecto “Consolidación de las capacidades de gestión y desempeño de las entidades y servidores públicos del nivel territorial y nacional para recuperar la confianza de la ciudadanía en el Estado – Nacional”, la ejecución presupuestal al mes de agosto es del 66% a nivel de compromiso y del 47% a nivel de obligación. Se registra sobre ejecución del 1,03% a nivel de compromiso y rezago del 1,71% a nivel de obligación:



Función Pública

CONSOLIDACIÓN DE LAS CAPACIDADES DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL NIVEL TERRITORIAL Y NACIONAL

APROPIACIÓN VIGENTE \$4839192292 PROYECTO/BPIN 20230000000076	ACUERDO DESEMPEÑO COMPROMISO	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL COMPROMISO	ACUERDO DESEMPEÑO OBLIGACIÓN	EJECUCIÓN PRESUPUESTAL OBLIGACIÓN
Ejecución \$ Presupuestal Acumulada	\$ 4.839.192.292	\$ 3.189.407.535	\$ 3.777.772.292	\$ 2.282.795.880
Enero	\$ 481.539.294	\$ 481.539.294	\$ 186.642.036	\$ 186.642.036
Febrero	\$ 384.439.294	\$ 377.751.461	\$ 187.539.294	\$ 188.682.052
Marzo	\$ 237.539.294	\$ 213.720.067	\$ 237.439.294	\$ 257.320.068
Abril	\$ 187.539.294	\$ 240.528.647	\$ 244.439.294	\$ 290.104.647
Mayo	\$ 187.539.294	\$ 163.332.103	\$ 244.439.294	\$ 257.977.072
Junio	\$ 375.078.588	\$ 851.504.473	\$ 431.978.588	\$ 262.478.039
Julio	\$ 202.340.225	\$ 538.731.513	\$ 259.240.225	\$ 410.199.275
Agosto	\$ 202.340.225	\$ 322.299.977	\$ 259.240.225	\$ 429.392.691
Septiembre	\$ 505.850.561		\$ 562.750.561	
Octubre	\$ 202.340.225		\$ 259.240.225	
Noviembre	\$ 202.340.225		\$ 252.240.225	
Diciembre	\$ 608.885.775		\$ 652.583.033	
Ejecución % Porcentual Acumulada	100%	66%	100%	47%

Fuente: \\Yaksa\1002oap\2024\TRD\PROYECTOS\INVERSION\INFORMES_DE_SEGUIMIENTO_EJECUCION_PRESUPUESTAL_SECTORIAL\ACUERDO_DE_DESEMPEÑOWESES

De acuerdo con el tablero de control publicado en la página web de la Entidad, a continuación, se reportan los avances del proyecto al mes de agosto por cada concepto presupuestal:

PROYECTO 0505-1000-05

Consolidación de las capacidades de gestión y desempeño de las entidades y servidores públicos del nivel territorial y nacional para recuperar la confianza de la ciudadanía en el Estado – Nacional

concepto	REC	APROPIACION	cdp	compromisos	obligaciones	pagos
C-0505-1000-5-531058-0505004-01	10	466.610.443,00	466.610.443,00	242.777.669,00	242.777.669,00	242.777.669,00
C-0505-1000-5-531058-0505021-01	10	1.794.851.263,00	1.794.851.263,00	1.026.907.935,00	1.026.907.935,00	1.026.907.935,00
C-0505-1000-5-531058-0505047-01	10	946.022.769,00	946.022.769,00	521.670.121,00	521.670.121,00	521.670.121,00
C-0505-1000-5-531058-0505021-02	10	540.287.817,00	527.966.667,00	522.216.667,00	289.400.001,00	289.400.001,00
C-0505-1000-5-531058-0505021-02	11	1.011.500.000,00	902.637.703,00	838.471.036,00	196.176.047,00	189.176.047,00
C-0505-1000-5-531058-0505004-02	11	49.920.000,00	36.866.667,00	36.866.667,00	5.366.667,00	5.366.667,00
C-0505-1000-5-531058-0505004-03	10	10.000.000,00	10.000.000,00	-	-	-
C-0505-1000-5-531058-0505021-03	10	10.000.000,00	10.000.000,00	-	-	-
C-0505-1000-5-531058-0505047-03	10	10.000.000,00	10.000.000,00	497.440,00	497.440,00	497.440,00
TOTALES		4.839.192.292,00	4.704.955.512,00	3.189.407.535,00	2.282.795.880,00	2.275.795.880,00

Fuente: <https://www1.funcionpublica.gov.co/ejecucion-presupuestal-historica>

El gerente realiza seguimiento mensual al proyecto de inversión "Consolidación de las capacidades de gestión y desempeño de las entidades y servidores públicos del nivel territorial y nacional para recuperar la confianza de la ciudadanía en el Estado", el cual es reportado en la Plataforma Integrada de Información Pública – PIIP; sin embargo, se pudo evidenciar que durante la vigencia se han presentado inconsistencias en la plataforma PIIP del DNP, por lo que no fue posible realizar el "Reporte de avance de ejecución" en la plataforma PIIP de los meses de junio, julio, agosto y septiembre de manera oportuna, Por



Función Pública

lo anterior, desde la Oficina Asesora de Planeación, se han enviado comunicaciones escritas al DNP y se han registrado incidencias, informando los problemas presentados. Se pudo evidenciar que ya fueron cargados los reportes de seguimiento faltantes al mes de septiembre. De igual forma, la Dirección de Desarrollo Organizacional a través del sistema CRM llevo a cabo el seguimiento a los entregables del proyecto hasta el mes de septiembre, migrando a la herramienta Z-WEB.

Es importante anotar que, en la ejecución de la prueba de recorrido realizada en las direcciones técnicas, se pudo observar la necesidad de que el seguimiento a los proyectos de inversión se lleve a cabo desde la Subdirección atendiendo la función de “Coordinar, articular y hacer el seguimiento a las direcciones técnicas del Departamento asegurando la integralidad de la gestión institucional, para garantizar el cabal cumplimiento de sus funciones y de los planes, programas y proyectos”.

El avance del proyecto al mes de agosto por cada producto e indicador es el siguiente:

CONSOLIDACIÓN DE LAS CAPACIDADES DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO DE LAS ENTIDADES Y SERVIDORES PÚBLICOS DEL NIVEL TERRITORIAL Y NACIONAL PARA RECUPERAR LA CONFIANZA DE LA CIUDADANÍA EN EL ESTADO												
No. Producto	Producto	Indicador	Meta por año	Enero	Febrero	Marzo	abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Acumulado
1.1	Entidades con servicios de asistencia técnica integral del portafolio de servicios de la entidad	Número de entidades con servicios de asistencia técnica integral del portafolio de servicios de la entidad	Año 1: 210	0	0	1	4	5	46	7	10	73
1.2	Servicio de asistencia técnica para la implementación de la política de racionalización de trámites	Número de trámites racionalizados	Año 1: 700	0	0	187	187	137	373	437	498	498
1.3	Estrategia "Colombia comprende lo público" para la implementación de lenguajes comprensibles, claros, accesibles e incluyentes en las administraciones públicas.	Porcentaje de avance de la de la estrategia "Colombia comprende lo público" diseñada e implementada	Año 1: 25%	0	0	0	10%	0%	0%	0%	5%	15%
1.4	Agenda innovación pública para la transformación institucional	Número de Iniciativas de innovación pública institucional	Año 1: 5	0	0	0	0	1	1	1	1	4
2.1	Servicio de asesoría en cartografía participativa para la construcción de nuevas formas de articulación del Estado con la ciudadanía.	Número de cartografías participativas realizadas	Año 1: 3	0	0	0	0	0	0	2	0	2
2.2	Servicios de asesoría en la definición de Rutas del Sistema de Rendición de Cuentas (Sistema Nacional de Rendición de Cuentas y SIRCAP) con enfoque de construcción de paz total y la garantía de derechos	Número de rutas para la articulación de los sistemas de rendición de cuentas realizadas	Año 1: 2	0	0	0	0	0	0	1	1	2
2.3	Servicio de asesoría a ciudadanas, ciudadanos y comunidades como multiplicadores de control social para vigilar los recursos de los programas priorizados	Número de ciudadanos formados en control social	Año 1: 4000	0	0	0	0	0	2456	130	269	2855
2.4	Estrategia educativa que fomente la comunicación con sentido para la construcción de escenarios de paz total diseñada e implementada	Porcentaje de avance en estrategia educativa diseñada e implementada	Año 1: 25%	0	0	0	0%	0%	10%	0%	0%	10%
2.5	Espacios de diálogo de saberes y participación incluyente de acercamiento entre la ciudadanía y entidades públicas nacionales y territoriales priorizados	Número de espacios de diálogos de saberes, participativos incluyentes realizados	Año 1: 4	0	0	0	0	0	0	3	1	4

Fuente: Información suministrada por DDO 2024-08-31_Reporte_agosto

Según el anterior cuadro, al mes de agosto se ha dado cumplimiento del 100% a los siguientes indicadores: “Número de rutas para la articulación de los sistemas de rendición de cuentas realizadas” (2) y “Número de espacios de diálogos de saberes, participativos incluyentes realizados” (4).

Asimismo, se observa que el indicador “Número de entidades con servicios de asistencia técnica integral del portafolio de servicios de la entidad”, registra un bajo avance del 34,76% correspondiente a 73 entidades con asistencia técnica integral de las 210 programadas.

Recomendación:

1. Teniendo en cuenta que el indicador “Número de entidades con servicios de asistencia técnica integral del portafolio de servicios de la entidad”, registra un bajo avance del 34,76% correspondiente a 73 entidades con asistencia técnica integral de las 210 programadas, es importante fortalecer la gestión de esta meta en todas las direcciones técnicas.
2. Es prioritario estudiar la viabilidad y pertinencia de poner en cabeza de la Subdirección el seguimiento a los proyectos de inversión, por cuanto se podría asegurar la integridad de la gestión y optimizar la ejecución y control desde una instancia superior, que permita que las direcciones técnicas ejecuten y reporten y la subdirección realice seguimiento y establezca oportunidades de mejora.

4. Procedimiento Implementación del SIGEP

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

- 4.1 Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a la extemporánea, imprecisa y/o baja calidad de respuesta a las PQRS – DEP/DDO.

!H 4.1.1 Incumplimiento en los tiempos de atención de requerimientos relacionados con la implementación del SIGEP en entidades

Control evaluado (por incluir): “El responsable asignado por líder operativo del SIGEP, mantiene un control sobre el cumplimiento de los OLAs/ANS pactados para la gestión de cada una de las actividades establecidas en el procedimiento de implementación del SIGEP. Como evidencia se tiene el registro de la herramienta de reporte y gestión de incidentes destinadas para ello”.

Al efectuar la verificación de la gestión que está desarrollando el Grupo de Asesoría y Gestión de la DEP/DDO - AyG, la OREC y la OTIC, en la atención y el seguimiento efectivo a las peticiones que llegan por la Mesa de Ayuda de Función Pública (Herramienta Proactivanet) para cada una de las acciones que son gestionadas en el ciclo de operación del procedimiento, se evidenció la debida trazabilidad que aporta la herramienta en la gestión respectiva, además de la implementación desde la vigencia 2022 en la herramienta mencionada de acuerdos de nivel operativo (OLA) de las peticiones mencionadas, ver cuadro siguiente:



Función Pública

		SLA	Mesa de Ayuda	Funcional DDO	Funcional EP	Técnico
		Días	(Nivel 1)	(Nivel 2)	(Nivel 2)	(Nivel 2)
Sistema de Información Misional	Subcategoría	Días	OLA (t)/días	OLA (t)/días	OLA (t)/días	OLA (t)/días
SIGEP						
Activación y desactivación usuarios	Nación/Territorio	6	2			4
Asignación y desasignación roles	Nación/Territorio	6	3			3
Bienes y Rentas	Nación/Territorio	15	5			10
Cargos Medios	Nación/Territorio	15	2			13
Contratos	Nación/Territorio	15	2			13
Correo SPAM	Nación/Territorio	15	2			13
Hoja de Vida	Nación/Territorio	15	5			10
Indisponibilidad	Nación/Territorio	2	1			1
Ingreso al sistema	Nación/Territorio	15	5			10
Indituciones	Nación/Territorio	15	2	4		5
				4		
				30%		
				80%		
Portal-Directorio servidores públicos y contratistas	Nación/Territorio	15	5			10
Reportes-Gestión de la Información	Nación/Territorio	15	2		3	7
					30%	
					80%	
					3	
					30%	
					80%	
Reportes - antes de control	Nación/Territorio	5	1		1	2
					30%	
					80%	
					1	
					30%	
					80%	
Sistema lento-performance	Nación/Territorio	2	1			1
Situaciones Administrativas	Nación/Territorio	15	5			10
Validación- Desvalidación	Nación/Territorio	15	2		3	7
					30%	
					80%	
					3	
					30%	
					80%	

Fuente: Matriz subcategorías ANS – OLAS SIGEP II. Agosto 2022

En esta configuración se puede observar que para cada tipo de requerimiento se adecuaron los respectivos ANS que debe cumplir cada uno de los niveles de atención (Nivel 1: Mesa de ayuda, nivel 2: Funcional DDO, DEP o Técnico OTIC)

No obstante, lo anterior, según lo aseverado por el grupo de Asesoría y Gestión (DEP y DDO) y la OREC, en la actualidad los OLAs establecidos no se han venido cumpliendo rigurosamente, a pesar de ser controlados por la herramienta Proactivanet.

Actualmente hay una problemática en la OREC, debido a los siguientes factores:

- Limitación en el recurso humano asignado al interior de la OREC para la atención de casos de implementación de SIGEP (solo hay 7 asesores), de 12 que se había planteado en 2020.
- Picos de carga por las políticas de gestión anuales, caso ByR
- Por tema coyuntural, hay personal nuevo y mientras la curva de aprendizaje se aplica, se hace menos efectiva la gestión.
- Aumento periódico en la cantidad de trámites.

Para poder evidenciar la materialidad de lo mencionado, se solicitó a la OTIC un reporte de los requerimientos caducados cursados a través de proactivanet en el transcurso de esta vigencia, pero desafortunadamente la herramienta no permite generar un reporte detallado por tipo de actividad que corresponda a la gestión sobre el procedimiento de implementación de SIGEP, remite el general de todos los requerimientos.

Solo como ejemplo, se trató de filtrar el archivo por temas de activación, solicitud, asignación, cambios, actualizaciones, consultas y creación de roles, asignados a técnicos de segunda línea de la OREC y se generaron 698 requerimientos caducados y cerrados en el transcurso de la presente vigencia (enero 1 a agosto 31 de 2024). Ver anexo 1.

Recomendación:

Es importante que las dependencias responsables del procedimiento de implementación de SIGEP:

1. Analicen la casuística que da lugar al incumplimiento de los OLAs pactados, y se determinen las soluciones estratégicas conducentes de cumplimiento respectivas, teniendo en cuenta el tema coyuntural de limitación y aptitud del recurso humano que interviene en la gestión de requerimientos a nivel 1 y 2 de la mesa de ayuda, para temas relacionados con la ejecución del procedimiento de implementación del SIGEP para entidades del sector Público.
2. Establezcan un control que permita cuantificar por cada una de ellas, los requerimientos cumplidos y caducados acorde con los OLAs especificados. Esto con el fin de poder medir el grado de cumplimiento y acorde con las desviaciones tomar medidas oportunas que permitan una gestión efectiva.

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

4.2 Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor, debido a deficiencias en la implementación de SIGEP o a la inadecuada asesoría para su operación

! H 4.2.1 Procedimiento de implementación de SIGEP desactualizado.

Control evaluado (por incluir): “Los responsables por dependencia asignados para gestionar la implementación del SIGEP, cumplen con las actividades especificadas en el procedimiento oficial publicado en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión. Como evidencia se tienen los respectivos soportes de gestión, así como el registro de trazabilidad en el sistema o herramienta de mesa de ayuda destinada para ello”

Bajo el marco de las funciones de las dependencias del DAFP, establecidas en el Decreto 430 de 2016, el cual tiene por objeto el fortalecimiento de las capacidades de los servidores públicos y de las entidades y organismos del Estado, su organización y funcionamiento, el desarrollo de la democratización de la gestión pública y el servicio al ciudadano, mediante la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de políticas públicas, la adopción de instrumentos técnicos y jurídicos, la asesoría y la capacitación; y de otra parte lo especificado en el procedimiento actual registrado en el Sistema integrado de planeación y gestión -SIPG (Flujograma implementación SIGEP v4 -nov. 2019), se efectuó una verificación de control a cada actividad desarrollada en orden cronológico para gestionar la implementación de una entidad en el aplicativo SIGEP.

Una vez revisado el paso a paso actual del procedimiento aplicado para la creación de una entidad en el SIGEP, se evidenciaron los siguientes aspectos susceptibles a ser ajustados o creados en cada actividad:

Actividad	Observación
Solicitar ingreso al SIGEP (Entidad)	<p>Los canales de recepción de solicitud no están especificados en el procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Chat EVA •Correo institucional EVA (Eva@funcionpublica.gov.co) •Correo SIGEP2 (Soportesigep2@funcionpublica.gov.co) •Llamada directa •Atención presencial <p>Recomendación: <i>Incluir en las entradas de la actividad los canales de recepción descritos</i></p>



Función Pública

Recepción y validación de a solicitud (OREC)	<p>Una vez recibida la solicitud, OREC procede a suministrar por medio escrito, chat o telefónico, la lista de requisitos (16) establecidos por DDO, necesarios para la creación, generando una respuesta tipo con la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none">• Acto administrativo de creación de la entidad• Nombre completo de la institución• NIT• Datos del representante legal• Correo electrónico institucional• Dirección de página web• Dirección de domicilio• Departamento• Ciudad o Municipio• Clasificación orgánica• Orden Nacional o territorial• Suborden: Departamental, municipal, distrital• Nivel central o descentralizado• Tipo de descentralización• Adscrita o vinculada• Institución a la cual está Adscrita o vinculada <p>Esta actividad queda registrada en un requerimiento en proactiva y una vez culminada la validación se cierra.</p> <p>Cuando la entidad remite la documentación completa se procede a registrar un nuevo requerimiento en la mesa de servicio Proactivanet y escalarlo a DDO.</p> <p>Esta actividad no está incluida en el procedimiento actual.</p> <p>Recomendación: <i>Incluir esta actividad en el flujo procedimental</i></p>
Crear entidad en el SIGEP	<p>La gestión sobre esta actividad aparece bajo la responsabilidad de DEP y de OTIC, siendo la realidad que se ejecuta a través del asesor encargado de la DDO. Se aclara que la OTIC garantiza la operación del sistema, y soporta las incidencias o requerimientos que surtan durante la operación del aplicativo.</p> <p>Recomendación: <i>Ajustar el responsable.</i></p>
Contactar entidad	<p>La gestión sobre esta actividad aparece bajo la responsabilidad de DEP, pero realmente le ejecuta la DDO, la cual verifica si las entidades tienen definida su estructura, planta de servidores, nomenclatura y escala salarial y distribución de planta.</p> <p>Recomendación: <i>Ajustar el responsable.</i></p>



Función Pública

Crear usuarios	<p>La gestión sobre esta actividad aparece bajo la responsabilidad de DEP y de OTIC, siendo que solo es gestionada por la DEP. Se aclara que la OTIC garantiza la operación del sistema, y soporta las incidencias o requerimientos que surtan durante la operación del aplicativo.</p> <p>Recomendación: Ajustar el responsable.</p>
Capacitar a la entidad	<p>En la página de FP (https://www1.funcionpublica.gov.co/web/sigep2/instructivos), aparecen entre otros los siguientes instructivos:</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Creación o actualización de información de entidades públicas</u><ul style="list-style-type: none">✓ <u>Formato Creación de Entidades Estructura Nomenclatura y Planta entidades Territoriales</u>✓ <u>Formato Empleos Docentes Secretarías de Educación</u>✓ <u>Formato Empleos Docentes Universidades</u>• <u>Formatos</u><ul style="list-style-type: none">✓ <u>Formato de Bienes y Rentas</u>✓ <u>Formato de Asignación de Roles</u> <p>Todos estos formatos tienen desactualizado el logo acorde con la nueva imagen institucional</p> <p>Recomendación: Ajustar a todos el logo a la imagen institucional</p>
Cargar la información del subsistema de organización institucional	<p>La gestión sobre esta actividad aparece bajo la responsabilidad de la DEP, siendo solo gestionada por la DDO.</p> <p>Sobre esta actividad se denota un tema bien importante, relacionado con la calidad del dato. Acorde a lo aducido por la DEP en la gestión que vienen adelantando con relación a las asesorías en el registro de la información por parte de las entidades, se dieron cuenta que estas cometían bastantes errores en la calidad de los datos registrados, de ahí que se empezaron a efectuar cargas masivas para soliviantar esta operación.</p> <p>Revisando en la base de datos de usuarios activos en el sistema del aplicativo SIGEP, se evidenciaron 25.707 usuarios de entidades con el rol "ADMINFUNC", quienes pueden efectuar el registro de</p>



Función Pública

	información, pero que corresponden a servidores de FP que efectúan la gestión pertinente en cada entidad.
Validar y depurar la información, cuando no existe alguna solicitud por parte de la entidad de asesoría por dudas frente al cargue de información o mal funcionamiento del sistema	<p>En esta actividad el asesor de la DEP no depura directamente la información, solo se efectúa por solicitud directa de la entidad y se pasa únicamente a DDO si es información de estructura.</p> <p>Recomendación: se debe especificar en esta actividad la debida asignación de responsabilidad tanto para DDO como para DEP, según sea el tipo de información a validar y depurar.</p>

Fuente: Cuadro situación actual de actividades desactualizadas – procedimiento implementación SIGEP

Finalmente, verificando la segregación de funciones en el sistema, se evidenciaron los siguientes aspectos, derivados del archivo de usuarios “**activos**” remitido por la OTIC, con corte 2 de octubre de 2024:

1. Se encontraron los siguientes funcionarios con Rol “SUPERADM” – Súper Administrador:

- Andrés Eloy Gutiérrez Baute (Vigente OREC)
- Armando Cuaspa Huertas (Vigente (OREC)
- Lina Esperanza Escobar (Retirada OTIC)
- Nancy Auristela Iscala Tobito (Contratista retirada)

Según lo informado por la OTIC, estos usuarios a pesar de tener este rol, no pueden operar como súper administradores en la base de datos del aplicativo.

2. Se encontraron los siguientes funcionarios con Rol “ADMINENT” – Administrador de entidades, los cuales ya no laboran en el Departamento:

- Andrés Felipe Saldaña Rosario
- Jefferson Estiven Mora Molina
- John Néstor Acosta Moreno
- Jorge Rodolfo Gómez González
- Lina Esperanza Escobar Rodríguez

3. Se encontraron los siguientes funcionarios con Rol “ADMINFUNC” – Administrador funcional, los cuales ya no laboran en el Departamento:

- Jorge Rodolfo Gómez González (OTIC)
- Lina Esperanza Escobar Rodríguez (OTIC)
- Nancy Auristela Iscala Tobito (Contratista retirada)



Función Pública

4. Los funcionarios mencionados que ya no laboran en la entidad tienen además asignados los siguientes roles:

Servidor	Rol SIGEP
Jorge Rodolfo Gómez González	CONTRATISTA - SERVIDOR PUBLICO
Lina Esperanza Escobar Rodríguez	JEFETH - SERVIDOR PUBLICO - JEFECONTRATOS - OPERTH
Narcy Auristela Iscala Tobito	CONTRATISTA - SERVIDOR PUBLICO
John Néstor Acosta Moreno	JEFETH - CONTRATISTA - SERVIDOR PUBLICO
Andrés Felipe Saldaña Rosario	CONTRATISTA - SERVIDOR PUBLICO
Jefferson Estiven Mora Molina	CONTRATISTA - SERVIDOR PUBLICO

Recomendación:

1. El (Las) dependencia(s) responsable(s) deben revisar con al apoyo de La Oficina Asesora de Planeación la pertinencia, aplicación y actualización de los ajustes recomendados al procedimiento, acorde con el detalle especificado en el cuadro anterior. Esto con el fin de que el procedimiento describa fehacientemente las principales actividades que se llevan a cabo para ejecutar el ciclo que surte la información, así como los soportes y la trazabilidad de la operación efectuada.

2. Con el fin de evitar posible pérdida de integridad de la información por accesos no autorizados al sistema, se recomienda que:

- El Grupo de Gestión Humana proceda a informar a la OTIC la lista de usuarios a inactivar en SIGEP que ya no laboran en la entidad.
- La OTIC verifique que los usuarios con rol "SUPERADM" - Súper administrador, realmente sean consecuentes con su gestión.
- Se mantenga un control periódico de usuarios activos en el sistema versus la planta actual de servidores y contratistas.



H 4.2.2 Adecuados procedimientos de la DEP y DDO para mantener internamente las competencias de sus servidores en la gestión del procedimiento de implementación del SIGEP

Control evaluado (por incluir):" El servidor designado por el Director de la DEP establece los mecanismos necesarios para mantener las competencias (Capacitación, sensibilización) de los funcionarios responsables de gestionar operativamente cada actividad de la etapa de implementación del sistema. Como evidencia se tienen los respectivos registros de reunión y asistencia"



Función Pública

Verificando los procedimientos efectuados por las Direcciones de Empleo Público y Desarrollo Organizacional, relacionados con el aseguramiento de las competencias de los funcionarios responsables de gestionar operativamente cada actividad de la etapa de implementación del sistema, se pudieron evidenciar los soportes de las sensibilizaciones y capacitaciones efectuadas a través del presente año, para los servidores de las direcciones técnicas mencionadas.

En las siguientes rutas, se pudo evidenciar los planes de formación y los soportes de las capacitaciones efectuadas:

[\\Yaksa\11200ddo\2024\DOCUMENTOS_APOYO\GESTION HUMANA\CONCERTACION ES 2024\CLAUDIA J. AGUILAR CAICEDO\COMPROMISO_3_SIGEP_II\REUNIONES PRESENCIALES](#)

[\\Yaksa\11402gagap\2024\CONTROL INTERNO\CAPACITACIONES INTERNAS](#)

A continuación, un ejemplo del plan de formación de la DEP para el último cuatrimestre del año:

Departamento Administrativo de la Función Pública						
Dependencia: Dirección de Empleo Público						 Función Pública
Reporte: Cronograma de capacitaciones DEP						
Fecha: 28/06/2024						
Fecha	Tema	Hora	Facebook / YouTube / Teams	Dirigida a	Capitador	Aseor de apoyo preguntas facebook y youtube
3/09/2024	Generalidades para el reporte Ley de Cuentas	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	María José Martínez Edison Tobaría	Alejandra Charry
5/09/2024	SIGEP II - Ingreso / Actualización de la información HW y B&R	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	Gabriela Mantilla	Cristian Fajardo
9/09/2024	Apropiación de los valores definidos en el Código de integridad	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	Diana Henríquez	Mariela Bravo
12/09/2024	Gerencia Pública	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	Nancy Meneses	Claudia Molina
18/09/2024	Generalidades para el reporte Ley de Cuentas	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	María José Martínez Edison Tobaría	Alejandra Charry
19/09/2024	Aplicativo 2013	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	Cristian Fajardo	Yuliana Rondón
23/09/2024	Teletrabajo	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	Giovanni Gil	Jose Socarrás
27/09/2024	Estrategia de inclusión y diversidad: Discapacidad	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	Nicolás Lemus	Iván Morales
30/09/2024	Lineamientos para diligenciar la Matriz Autodiagnóstico	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	Mariela Bravo	Elvira Rowlands
3/10/2024	Componente de Jóvenes en el Empleo Público	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	Edison Tobaría	Alejandra Charry
7/10/2024	SIGEP II - Ingreso / Recuperación de contraseña / Activación usuarios / Vinculaciones / Desvinculaciones	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	José Socarrás	Andrea Lesmes
10/10/2024	1. Sala de Lactancia 2.Uso de la bicicleta 3. Horarios Flexibles 4. Bilingüismo	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	1. Yuliana Rondón 2. Claudia Molina 3. Andrea Lesmes 4. Cristian Fajardo	1. Yuliana Rondón 2. Claudia Molina 3. Andrea Lesmes 4. Cristian Fajardo
15/10/2024	Capacitación Integridad y Gestión Preventiva Conflictos de Interés	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	Maritza Guzmán	Diana Henríquez
17/10/2024	Lineamientos para la elaboración del Plan Estratégico del Talento Humano	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	Johanna Olaya	Gabriela Mantilla
21/10/2024	PROGRAMA NACIONAL DE BIENESTAR / PLAN NACIONAL DE FORMACION Y CAPACITACION	10:00 a.m. - 12:00 p.m.	Facebook / YouTube	Jefes TH, Jefe de Planeación y sus equipos de trabajo.	Elvira Rowlands	Natali Rodríguez

Fuente: Plan de formación tercer cuatrimestre 2024 – DEP

! H 4.2.3 Aspectos susceptibles de mejora plan de continuidad de negocio a nivel operativo

Control evaluado (Por incluir): “El líder operativo del SIGEP valida, cuando al presentarse una pérdida de disponibilidad o falla técnica del servicio del SIGEP, que impida la prestación y continuidad del servicio a los Grupos de Valor, es necesario comunicar y gestionar con la OTIC la activación del plan de continuidad y recuperación de desastres del sistema, con el fin de restablecer la prestación de los servicios afectados.”

Verificando el escenario de activación del plan de continuidad y recuperación de desastres, con el fin de restablecer la prestación de los servicios afectados en el sistema y basados en las mejores prácticas soportadas por la norma ISO 22301:2019 para la Gestión de la Continuidad del Negocio, se pudo evidenciar que no hay conocimiento y por ende participación de las áreas misionales DEP, DDO y OREC, del plan de recuperación de desastres para SIGEP manejado por la OTIC; si bien es cierto que este plan es tecnológico, las áreas misionales deben intervenir en la operación del mismo, por ende deben conocer y estar involucradas en los llamados a crisis y en el modelo de operación a seguir, en caso de indisponibilidad del sistema y en casos extremos a la operación fuera de sitio.

Si bien se mantiene una documentación de funciones de operación, manuales e instructivos actualizados para soportarse en caso de fallas en el sistema, estas no serían suficientes ante un riesgo de indisponibilidad del sistema que obligue a aplicar modelos manuales o semi automáticos de operación, considerados dentro del plan de contingencia técnico.

Recomendación:

En el plan de continuidad de negocio y en específico al plan de recuperación de desastres (contingencia) establecido técnicamente para el sistema SIGEP, con el apoyo de la OAP y la OTIC, se debe incluir a las áreas misionales o intervinientes (DEP, DDO y OREC) en el desarrollo del plan mencionado. Importante que una vez se determine la actuación de las dependencias se efectuó la debida sensibilización a cada una y se considere su participación en las actualizaciones y pruebas que se efectúen al plan para medir la efectividad de este.

5.Procedimiento: Reformas administrativas (2020)

Riesgo evaluado identificado al hallazgo:

- 5.1. Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a inconsistencias en los estudios técnicos presentados para las reformas administrativas.



Función Pública

5.1.1. Inefectividad del control El jefe o coordinador de la Dirección de Desarrollo Organizacional (DDO) realiza una revisión a través de ORFEO de la respuesta de la viabilidad de los estudios técnicos presentados para las reformas administrativas.

De acuerdo con el procedimiento de reformas administrativas establecido en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG) cuyo objetivo es “gestionar las solicitudes para la modernización de las entidades públicas, de carácter nacional y territorial. Teniendo en cuenta que el alcance “inicia con el registro de la solicitud y finaliza con un proyecto de decreto tramitado” y lo establecido en la circular conjunta 100-011 de 2023, la cual busca “brindar claridad frente a la ruta a seguir para adelantar los procesos de rediseño institucional y/o de formalización laboral, se presenta el procedimiento a seguir por parte de las entidades, y da los pasos para gestionar los rediseños organizacionales sectoriales y la formalización laboral del empleo público.

En el análisis del proceso de reformas administrativas gestionado en ORFEO, se constató que, aunque el DDO realiza seguimiento a solicitudes de rediseño institucional para entidades nacionales y territoriales, el procedimiento documentado no está alineado con los lineamientos actualizados de la estrategia territorial. Esta falta de actualización podría generar inconsistencias en los estudios técnicos y, en consecuencia, riesgos reputacionales derivados de quejas de los grupos de valor.

Para validar la eficiencia del control, se pudo evidenciar un documento nombrado “RAD_PROYECTOS” desarrollado por la DDO, el cual contiene un seguimiento a los proyectos de decreto remitidos, con su respectivo número de radicado en ORFEO, el estado de la solicitud, y el objeto del decreto. El documento contiene 11 reformas administrativas tramitadas a lo largo de la vigencia, y el reporte en el sistema ORFEO evidencia que el profesional asignado por parte del director de Desarrollo Organizacional ha revisado los avances en los proyectos de decreto que se han desarrollado en la vigencia

Recomendación:

1. Fortalecer el seguimiento mediante una herramienta documental que permita hacer seguimiento efectivo al estado de los proyectos de decreto desarrollados en la vigencia.
2. Es fundamental actualizar el procedimiento de Reformas administrativas en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG), anclando claramente la estrategia territorial en los servicios de reforma administrativa del DDO, para asegurar la coherencia y efectividad del control en cada solicitud y responder adecuadamente a los requisitos y expectativas de los grupos de valor.

5. Emisión de concepto aprobación de nuevos trámites

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

6.1 Posibilidad de pérdida reputacional por quejas de los grupos de valor debido a deficiencias en el análisis técnico jurídico para la aprobación de nuevos tramites acorde con los lineamientos establecidos en la Política de Racionalización de Trámites

! H 6.1.1 Desactualización del procedimiento de emisión de concepto de aprobación de nuevos trámites

Control evaluado (Por incluir): “Los responsables de la DPTSC asignados para gestionar la emisión de conceptos para la autorización de nuevos trámites, cumplen con las actividades especificadas en el procedimiento oficial publicado en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión. Como evidencia se tienen los respectivos soportes de gestión, así como el registro de trazabilidad en el sistema o herramienta de gestión documental destinada para ello.”

Acorde con lo establecido en la resolución 455 de 2021, “Por la cual se establecen lineamientos generales para la autorización de trámites creados por la ley, la modificación de los trámites existentes, el seguimiento a la política de simplificación, racionalización y estandarización de trámites y se reglamenta el Artículo 25 de la Ley 2052 de 2020”; y de otra parte lo especificado en el procedimiento actual registrado en el Sistema integrado de planeación y gestión -SIPG (Flujograma del procedimiento v8 -mayo. 2024), se efectuó las pruebas de recorrido y de validación efectiva a cada actividad desarrollada en orden cronológico para gestionar la emisión del concepto de aprobación de nuevos trámites.

Resultado de la auditoria, se presentaron las siguientes desviaciones con respecto al procedimiento documentado en el SIPG:

Actividad	Observación
Recibir solicitud de aprobación y/o adopción de nuevo trámite o modificación estructural	Los canales de recepción de solicitud no están especificados en el procedimiento: <ul style="list-style-type: none"> •Chat EVA •Correo institucional EVA (Eva@funcionpublica.gov.co) Recomendación: Incluir en las entradas de la actividad los canales de recepción descritos
Reasignar la solicitud al profesional/abogado para su análisis respectivo (Director)	La gestión sobre esta actividad aparece bajo la responsabilidad del Director de la DPTSC, pero actualmente el reparto lo ejecuta el Abogado Coordinador asignado, a través de correo interno para las solicitudes de trámites nuevos y modificación estructurales, como se pudo evidenciar. Recomendación: Ajustar el responsable.



Función Pública

<p>Verificar mediante análisis técnico jurídico la documentación allegada (Profesional asignado / abogado)</p>	<p>Actualmente, un soporte muy importante son las actas de diagnóstico, derivadas de las mesas de trabajo con el coordinador y a veces con todos los demás profesionales de trámites nuevos para determinar si la iniciativa que se pretende regular por alguna entidad goza de la capacidad legal y si está orientado efectivamente a un trámite o a un OPA. Las actas mencionadas no se visualizan como soporte de la actividad en el procedimiento.</p> <p>Recomendación: Ajustar las actas de diagnóstico de las mesas de trabajo mencionadas como soporte de la actividad.</p>
<p>Revisar el concepto propuesto por el profesional/abogado (Coordinador/asesor DPTSC)</p>	<p>Las acciones que deriva el conector de decisión “¿Requiere ajustes?”, están invertidas, donde es “Si” es “No” y viceversa.</p> <p>Recomendación: efectuar el ajuste de forma de las opciones “Si” o “No” que derivan del conector de decisión.</p>

De otro lado, verificando el grado de usabilidad del SUIT acorde a lo estipulado en la resolución 455/2021, en su “ARTÍCULO 4. Procedimiento para la adopción de nuevos trámites creados o autorizados por la ley y para la modificación estructural de trámites existentes”, se establece en su numeral 4.1. que:” La entidad deberá ingresar al Sistema Único de Información de Trámites - SUIT la información básica del trámite o modificación propuesta y la solicitud de concepto de aprobación,”. Se evidenció, que para el registro inicial de la solicitud del concepto por parte de la entidad y el registro de los conceptos derivados del análisis inicial efectuado por parte Profesional asignado / abogado en el SUIT, no se está utilizando el aplicativo, por cuanto la versión actual presenta un estado de obsolescencia en los artefactos de software que soportan las capas de presentación y aplicación, generando lentitud en la gestión de las respuestas versus los tiempos de atención establecidos en la Resolución mencionada, lo que ha derivado en la gestión única a través del sistema de gestión documental ORFEO.

Con respecto a la trazabilidad en la gestión del procedimiento, se pudo observar un adecuado control que brinda el gestor documental ORFEO en la mayoría de decisiones álgidas abordadas en el transcurso de cada actividad, así como el cruce de correos respectivo. Según el flujograma del procedimiento todas las acciones abordan el uso de su registro en ORFEO, lo que no está acorde con la realidad actual.

En referencia a lo anterior, los profesionales de la DPTSC responsables por la gestión del procedimiento mantienen la integridad de la información manejada a través de carpetas en la nube, donde quedan almacenadas las actas y grabaciones de las mesas de trabajo que surte el ciclo de emisión y aprobación del concepto, así como las sesiones de capacitación y asesoría a las entidades, como se pudo evidenciar.

Finalmente, se pudo evidenciar la adecuada competencia del grupo de análisis asignado al procedimiento (Cinco servidores), los cuales todos son abogados, lo que da mayor objetividad al desarrollo y aplicación de la política de simplificación, racionalización y estandarización de trámites, que tiene un trasfondo legal bien importante.

Recomendación:

1. El (Las) dependencia(s) responsable(s) deben revisar con el apoyo de La Oficina Asesora de Planeación la pertinencia, aplicación y actualización de los ajustes recomendados al procedimiento, acorde con el detalle especificado en el cuadro anterior. Esto con el fin de que el procedimiento describa fehacientemente las principales actividades que se llevan a cabo para ejecutar el ciclo que surte la información, así como los soportes y la trazabilidad de la operación efectuada, sea a través del gestor documental ORFEO o correo interno según sea el caso.

2. Con el fin de lograr un estricto cumplimiento por parte de las entidades, respecto a las obligaciones conferidas en la Resolución N°455 de 2021, relacionadas con el procedimiento para la adopción e implementación de trámites creados por ley o autorizados por ésta, mediante el uso del SUIT, y el registro interno de los conceptos de análisis por parte de los profesionales de la DPTSC, es necesario que una vez sea implementada la nueva versión del sistema proyectada para la vigencia 2025, la DPTSC establezca los mecanismos necesarios para que toda solicitud de aprobación de nuevo trámite, sea gestionada directamente por las Entidades a través de este Sistema, así como la gestión interna requerida.

3. Tener en cuenta el parágrafo 2 del capítulo 4 de la Resolución 455 /2021, donde se establece que: “Las solicitudes para la adopción de nuevos trámites o para la modificación estructural de trámites existentes, se radicarán a través del sistema de gestión documental de Departamento Administrativo de la Función Pública hasta que las funcionalidades del Sistema Único de Información de Trámites -SUIT- permitan la gestión del proceso en los términos aquí señalados.”



H 6.1.2 Adecuados controles en los tiempos de gestión del procedimiento de emisión de concepto aprobación de nuevos trámites, efectuados a través del Sistema de Gestión Documental ORFEO

Control evaluado (Por Incluir): “Los responsables de la DPTSC asignados, mantienen un control periódico sobre el cumplimiento de los OLAs/ANS pactados para la gestión de cada una de las actividades establecidas en el procedimiento de emisión de conceptos para autorización de nuevos trámites. Como evidencia se tienen los respectivos soportes de gestión, así como el registro de la herramienta de gestión documental ORFEO.”.



Función Pública

Efectuando la verificación de los tiempos de gestión que está aplicando el Grupo de Gestión Documental y el grupo de abogados de la DPTSC para el desarrollo del procedimiento acorde a lo estipulado legalmente (Resolución 455/2021), se pudo evidenciar un control automático que aplica el sistema de gestión documental ORFEO, en el cual acorde con la resolución mencionada mantiene parametrizado internamente los OLAs de gestión respectivos por tipo de petición, como se puede apreciar en el cuadro siguiente:

ID_TIPO_PETICION	NOMBRE_TIPO_PETICION	# DIAS_VENCIMIENTO
1	PETICIÓN DE INTERÉS GENERAL O PARTICULAR	15
2	PETICIÓN DE DOCUMENTOS	10
3	CONSULTA	30
6	PETICIÓN DE NO COMPETENCIA DEL DEPARTAMENTO	5
8	EXPEDICIÓN DE COPIAS, FOTOCOPIAS Y CERTIFICACIONES	10
9	SOLICITUD DE INFORMACIÓN HONORABLES CONGRESISTAS	5
10	SOLICITUD DE DOCUMENTOS CÁMARA LEGISLATIVAS	10
11	PETICIONES INCOMPLETAS	10
12	QUEJA	15
13	RECLAMO	15
14	ACCIONES JUDICIALES	
15	REFORMAS ORGANIZACIONALES	30
16	NO REQUIERE RESPUESTA	
17	PETICIONES DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN	10
28	ASESORIAS	30
29	CAPACITACIONES	30
30	CERTIFICACIONES BONOS PENSIONALES	15
31	FACTURA	
32	FACTURA SERVICIO PÚBLICO	
33	SUGERENCIAS	15
34	DENUNCIA	15
35	PETICIONES IRRESPETUOSAS, OSCURAS O REITERATIVAS	10
36	SUPRESION DE TRAMITES	30
37	PRUEBAS MERITOCRATICAS	20
38	ENTES DE CONTROL	5
39	SPAM (ARCHIVAR)	
40	DEMANDA	

Fuente: listado de los tipos de peticiones con el número de días de vencimiento configurados en el sistema Orfeo (27-10-2024)

Con respecto a las solicitudes cursadas, en lo corrido de la presente vigencia se han gestionado 10 solicitudes de concepto para aprobación de nuevos trámites, identificadas con los siguientes radicados en ORFEO:



Función Pública

Nombre del trámite	No. Radicado de entrada (Orfeo)	No. Radicado de salida (Orfeo)
Ampliación y saneamiento de las tierras de las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras.	20242060071132	20245010041841
Mecanismos para la protección y seguridad jurídica de los territorios ocupados y poseídos ancestral y/o tradicionalmente por las comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras”.	20242060071132	20245010041841
Certificación de concordancia de los proyectos que se sometan a consideración del Ocad Paz.	20242060054552 y 20242060057032	20245010063501
Autorización para el despliegue de redes e infraestructura de telecomunicaciones en el territorio nacional	20242060091672	20245010066661
“Autorización para la creación de centros de conciliación y/o arbitraje; ID 231”.	20242060158342	20245010115601
“Declaración y delimitación de las Áreas de Reserva Especial”.	20242060211152 y 20242060217352	20245010158401
“Permiso de Ingreso y Permanencia; ID: 75245”.	20242060230322	20245010171601
“constitución, reconocimiento, ampliación y formalización de los territorios campesinos agroalimentarios TECAM”.	20242060459572	20245010398631
“Habilitación de Entidades Prestadoras Servicio de Extensión Agropecuaria – EPSEA”	20242060652332	20245010591021
"Asignación de Surcos Ferroviarios"	20242060689952	20245010579401

Fuente: Archivo de control DPTSC "2024-01-01_Registro_solicitudes_tramites_nuevos.xls"

Verificando en el sistema de gestión documental ORFEO cada uno de estos radicados, se encontró lo siguiente:



Función Pública

- Se evidencia la debida oportunidad de la gestión acorde a los tiempos normados por la Resolución 455 /2021 y configurados en los OLAs de ORFEO, así como, la trazabilidad de la gestión desarrollada por el grupo de abogados de la DPTSC.
- Se observan todos los anexos que acompañan a cada solicitud en cada radicado de entrada, como también el concepto, donde se ven los antecedentes soportados a través de actas de reunión de las respectivas mesas de trabajo, encontrados en el radicado de salida.

De otro lado, se tiene un control manejado por el proceso, evidenciándose un registro de tramites nuevos a través de Excel, donde se registra entre otra la siguiente información de cada trámite nuevo que es allegado al Departamento:

- ✓ Entidad
- ✓ Asesor que revisa el trámite
- ✓ Fecha Radicación entrada (Orfeo)
- ✓ No. Radicado de entrada (Orfeo)
- ✓ Tipo de revisión
- ✓ Nombre del trámite
- ✓ Tipo de norma presentada en la solicitud
- ✓ Objeto del proyecto de norma
- ✓ Respuesta de la DPTSC a la solicitud
- ✓ Situación del trámite frente al SUIT
- ✓ Fecha Radicación salida (Orfeo)
- ✓ No. Radicado de salida (Orfeo)
- ✓ Fecha final de aprobación (Orfeo)
- ✓ Tipo y número de norma expedida (Después de aprobado proyecto por Función Pública)
- ✓ Se encuentra el trámite registrado o actualizado en el SUIT después de emitido el concepto de aprobación

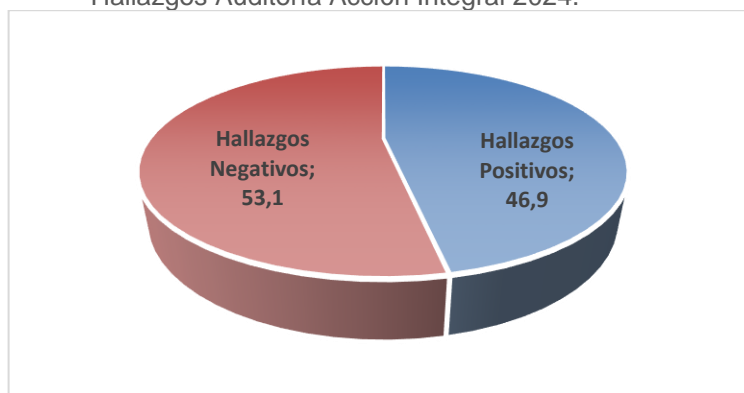
Recomendación:

Continuar con la gestión de soporte y trazabilidad del análisis efectuado para la generación de los conceptos para autorización de nuevos trámites, con el fin de mantener la integridad, confidencialidad y disponibilidad de la información manejada al interior del procedimiento.

Conclusiones y Recomendaciones

1. En la auditoria efectuada al proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial, se definieron treinta y dos (32) hallazgos, de los cuales en quince (15) hallazgos (46.9%), se pudo evidenciar una aplicación adecuada de la normatividad vigente y los controles establecidos en el proceso; así mismo, se evidenciaron diecisiete (17) hallazgos (53.1%), en los que se observan situaciones que denotan 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 y; no se observó recurrencia en hallazgos respecto a vigencias anteriores (ver gráfica). Por lo anterior, se hace necesario hacer seguimiento a las desviaciones de la gestión comunicadas y emprender las acciones de mejoramiento continuo, a través del Sistema de Gestión Institucional – SGI.

Hallazgos Auditoría Acción Integral 2024.



2. En la auditoria basada en riesgos al proceso “Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial” se pudo establecer que, aunque se tienen los procedimientos documentados, los mismos no describen claramente lo que en realidad se está haciendo y mucho menos los controles implementados. Por esta razón, se sugiere efectuar una revisión y ajuste integral de los procedimientos, con el fin de determinar la pertinencia y la relación de actividades y controles de los mismos, ya que como sabemos la documentación de los procesos permite registrar todos sus pasos, de manera que todas las personas responsables de efectuarlos tengan perfectamente claro qué deben hacer, cuándo y cómo hacerlo. Así mismo, dada la situación que el Departamento experimentó durante el presente año con la rotación de personal, se vuelve fundamental mantener el proceso actualizado.
3. Es prioritario revisar el Proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial de manera general, bajo el enfoque de gestión integral que



Función Pública

permita a las direcciones técnicas, estandarizar la documentación, optimizar la comunicación interna y generar los productos y servicios de Función Pública de manera articulada y con criterios de calidad.

4. Se requiere analizar y evaluar la pertinencia de los riesgos definidos para el proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial, ya que la identificación de estos, deben tener impacto en el cumplimiento de los objetivos del proceso, manteniendo la estructura y lineamientos definidos en la guía y política de la administración del riesgo.
5. Analizar y evaluar la pertinencia de los controles que permitan reducir o mitigar el riesgo establecido y aportar las evidencias que demuestren la ejecución de la acción de control. De otra parte, y de acuerdo con la Política Administración del Riesgo y Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 6, se debe revisar que el control describa los siguientes aspectos: responsable, acción, periodicidad, complemento o finalidad, desviación y evidencia
6. Para la ejecución del Proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial, es necesario definir y documentar los términos de asesoría, capacitación, formación y asistencia técnica, los cuales permitirán a todas las direcciones apropiar de manera clara la aplicación de cada concepto en la Entidad.
7. De acuerdo con el "Protocolo de medición de encuestas (versión 5 de 2019)" en el que se establecen los tipos de encuesta de Función Pública, entre otras: servicios (capacitación, asesoría y eventos) a cargo de las direcciones técnicas y la subdirección, asesoría integral territorios a cargo de las direcciones técnicas. Así mismo, define las condiciones de aplicación de la encuesta: "Las encuestas deben diligenciarse al finalizar el servicio o trámite; este espacio debe ser considerado dentro de la planificación o agenda del servicio o trámite ofrecido, estas encuestas son aplicables para aquellos servicios o trámites ofrecidos dentro y fuera de la Entidad a nivel nacional y territorial", se debe dar cumplimiento a estas directrices las cuales permitirán analizar los resultados de la percepción efectuada por los grupos de valor, a efectos de proponer los aspectos a mejorar.
8. Teniendo en cuenta el CONPES 4091 de 2022: Política para la asistencia técnica territorial, el cual establece que el Departamento Administrativo de la Función Pública, con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia y la Escuela Superior de Administración Pública, entre 2022 y 2023, diseñará e implementará la estructura de gobernanza de la Política Nacional de Asistencia Técnica Territorial. La estructura de gobernanza de la política tendrá su propio reglamento y será formalizada por el DAFP en el seno del Consejo de Gestión y Desempeño del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y que en el



Función Pública

2023, el Departamento Administrativo de la Función Pública, con el acompañamiento del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, integrará el Modelo de ATT al MIPG, es importante continuar fortaleciendo la gestión con las Entidades involucradas y llevar a feliz término las acciones encomendadas.

9. Es prioritario estudiar la viabilidad y pertinencia de poner en cabeza de la Subdirección el seguimiento a los proyectos de inversión, por cuanto se podría asegurar la integridad de la gestión y optimizar la ejecución y control desde una instancia superior, que permita que las direcciones técnicas ejecuten y reporten, y la subdirección, realice seguimiento y establezca las oportunidades de mejora. Igualmente, se sugiere revisar las funciones de la Subdirección número 2. *“Coordinar, articular y hacer el seguimiento a las direcciones técnicas del Departamento asegurando la integralidad de la gestión institucional, para garantizar el cabal cumplimiento de sus funciones y de los planes, programas y proyectos”* y número 5. *“Promover, bajo las directrices de la dirección general, la formulación, seguimiento y evaluación de planes, programas y proyectos para el cumplimiento de las funciones de las dependencias misionales del Departamento”*, establecidas en el artículo 62 de la Ley 489 de 1998, las cuales pueden apoyar el estudio realizado.
10. Con base en los hallazgos de la auditoría, se recomienda que la Oficina Asesora de Planeación, en su función de segunda línea de defensa, asuma el liderazgo en la actualización del proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial. Esta acción es crucial, dado que se ha identificado una desactualización significativa en procedimientos, políticas, riesgos, guías, entre otros, dentro de las direcciones técnicas, lo que ha obstaculizado la efectiva articulación del proceso. Es imperativo que se realice un esfuerzo coordinado para revisar y ajustar estos documentos, asegurando que reflejen adecuadamente las prácticas actuales y los controles necesarios para el cumplimiento de los objetivos misionales.

Por último y teniendo en cuenta las anteriores conclusiones y recomendaciones generales efectuadas al proceso de Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial, se sugiere la incluir en el Plan de Mejoramiento Institucional, acciones que permitan cambios efectivos que promuevan la evolución continua del proceso en forma eficiente y transparente, orientadas al mejoramiento continuo.



Función Pública

Plan de Mejoramiento Institucional

Plan de acción definido por el responsable / Responsable / Fecha de cumplimiento:

El Plan de Mejoramiento Institucional 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 auditoria, se llevará a cabo el procedimiento establecido en el "Manual del Usuario SGI - Módulo Plan de Mejoramiento".

Jorge Iván De Castro Barón
Jefe Oficina Control Interno

*Elaboró: Daniel Ruiz; Mauricio Cornejo; Esneda Gamboa.
Revisó y aprobó: Jorge Iván De Castro Barón*



Función Pública

Informe de Auditoria Basada en Riesgos Proceso Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial

Oficina de Control Interno
Octubre de 2024