



El servicio público
es de todos

Función
Pública

Informe de Auditoría Interna con Enfoque Basado en Riesgos

Proceso Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor

Informe Detallado: María Magdalena Forero Moreno, Directora de Gestión del Conocimiento
Daniel Araujo Campo, Subdirector
Rosa María Bolaños Tovar, Dirección de Desarrollo Organizacional
Carlos Andrés Guzmán Rodríguez, Jefe Oficina Asesora de Planeación
Lina Marcela González González, Asesora Subdirección General
Olga Lucía Arango Barbarán, Coordinadora Grupo Mejoramiento Institucional

Resumen Ejecutivo: Nerio José Alvis Barranco, Director General
Miembros del Comité Directivo

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

Fecha del informe: 25/11/2021

Resumen Ejecutivo

Auditoría al Proceso Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor

Objetivo: Verificar la efectividad de los controles establecidos para la mitigación de los riesgos del proceso de Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor, con el propósito de retroalimentar a Función Pública con oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos por la Entidad.

Alcance: La auditoría se llevó a cabo de manera virtual mediante el uso de la herramienta Microsoft Teams para las entrevistas; para la revisión documental se consultó el servidor de carpetas compartidas Yaksa, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG), el Sistema de Gestión Institucional (SGI), demás sistemas de información de Función Pública y eventualmente, en caso de requerirse, de manera presencial. El periodo de evaluación comprende del 1° de julio de 2020 al 30 de junio de 2021. Las evaluaciones se realizaron, teniendo en cuenta lo establecido en los siguientes documentos:

- Caracterización del Proceso de Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor (Versión 6 del 2021-03-23).
- Política de Operación Proceso Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor (Versión 4 del 2019-08-12).
- Política de Operación Proceso Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor (Versión 5 del 2021-10-11).
- Procedimiento “Caracterización Grupos de Valor” (Versión 3 del 2019-03-04).
- Escritura de Memorias - Paso a paso (Versión 1 del 2017-10-19).
- Lineamiento Técnico de Gestión del Conocimiento y la Innovación (Versión 1 - Octubre 2020).
- Guía para la implementación de la gestión del conocimiento y la innovación en el marco del modelo integrado de planeación y gestión -mipg- (Versión 1 - Diciembre 2020).
- Guía para evitar o mitigar la fuga de conocimiento en las entidades públicas (Versión 1 - Septiembre 2021).
- Mapa de Riesgos Institucionales 2021 (Versión 1 - Enero 2021) y Detalle Mapa de Riesgos Institucionales 2021 (Semestres 1 y 2 Archivo: 2021-06-17_Mapa_riesgos_institucional_v16).
- Políticas de Operación Institucionales (Versión 5 del 2020-11-23).
- Procedimiento “Elaboración y Aprobación del Plan de Acción Integral” – PAI (Versión 5.0 del 2021-02-18), bajo responsabilidad de ejecución de la Dirección de Desarrollo Organizacional y asociado al Proceso “Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial”. De acuerdo con la Política de Operación Proceso Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor – Guías de Acción - Numeral 6.1, la Dirección Técnica de Gestión del Conocimiento, es la encargada de liderar la construcción del PAI junto con las áreas técnicas de la Entidad.
- Plan de Acción Integral – PAI 2021.
- Plan Estratégico Institucional y Plan de Acción Anual 2021.
- Matriz de responsabilidad y autoridad frente a la Gestión y los Procesos Institucionales.
- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG- (Versión 4 – Marzo 2021) 6ª Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación.
- Resultados FURAG e Indicadores.
- Acuerdo Nivel de Servicio: Ficha Técnica de identificación y control de producto (No disponible en el SIPG).

Metodología: Cada etapa de la auditoría interna con enfoque basado en riesgos (entendimiento del proceso, evaluación del riesgo, pruebas de recorrido y de validación de controles), se desarrolló así:

- Lectura y revisión de la documentación vigente.
- Entrevistas virtuales con los funcionarios que intervienen en la gestión del proceso de Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor.
- Análisis de la información requerida para el desarrollo de la auditoría.

- Inspección de documentos relacionados con la ejecución de la auditoría.
- Pruebas de recorrido y de efectividad de controles virtuales y/o físicas.

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

Carta de Representación: El 8 de octubre de 2021 se recibió, mediante correo electrónico de la Directora de Gestión del Conocimiento, el documento “Carta de Representación” diligenciado y firmado, como responsable de que toda la información requerida para la realización de la auditoría es verídica, cumple con los criterios de calidad y se entrega oportunamente a la Oficina de Control Interno, en cumplimiento del Artículo 16 del Decreto 648 de 2017, mediante el cual se adicionó al Capítulo 4 del Título 21, Parte 2, Libro 2 del Decreto 1083 de 2015, el Artículo 2.2.21.4.8., literal “b”).

Limitaciones de la Auditoría: Teniendo en cuenta las instrucciones impartidas por el Gobierno Nacional, a raíz de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del coronavirus COVID-19, no es factible realizar la totalidad de pruebas de recorrido en campo, razón por la cual las entrevistas se efectuarán de forma virtual y se hará la revisión documental directamente sobre el servidor de carpetas compartidas Yaksa, a través de VPN, la página web, el Sistema Integrado de Planeación y Gestión y el Sistema de Gestión Institucional.

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



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



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

(R)

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

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





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




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





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




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

Resultados del Trabajo Riesgos y Aspectos Evaluados

Riesgos Identificados en el proceso de auditoría	Calificación de riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto en el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
1.1 Débil implementación interna del ciclo del conocimiento.	Alto	SI	Debilidades en la ejecución del control establecido para mitigar el riesgo " <i>Débil implementación interna del ciclo del conocimiento</i> ", por cuanto la DCG, si bien realiza las reuniones de seguimiento sobre la ejecución de acciones planeadas en la vigencia, para el desarrollo de la implementación de la dimensión (6ta), no cumple con la evidencia de ejecución de este se control, que consiste en que los reportes de los avances se deben registrar mediante un tablero de control.		H 1.1.1
			Evolución y consolidación de la política de gestión del conocimiento y la innovación (6ª dimensión en el marco de MIPG), los criterios de evaluación del Índice de Desempeño Institucional (FURAG) y la herramienta de autodiagnóstico.		H 1.1.2
			Aplicación adecuada del control establecido para mitigar el riesgo de " <i>Débil implementación interna del ciclo del conocimiento</i> ", en el sentido que la DGC comunique a los cargos de nivel decisorio, el estado de participación y cumplimiento del modelo matricial, mediante correos electrónicos y actas de reuniones internas.		H 1.1.3
			Aplicación adecuada del control establecido para que el personal asignado a la gestión de los grupos de A & P, trimestralmente, reporten el estado de avance de las actividades de su plan de trabajo a través de la generación de informes, con el fin de mitigar el riesgo " <i>Débil implementación interna del ciclo del conocimiento</i> ".		H 1.1.4

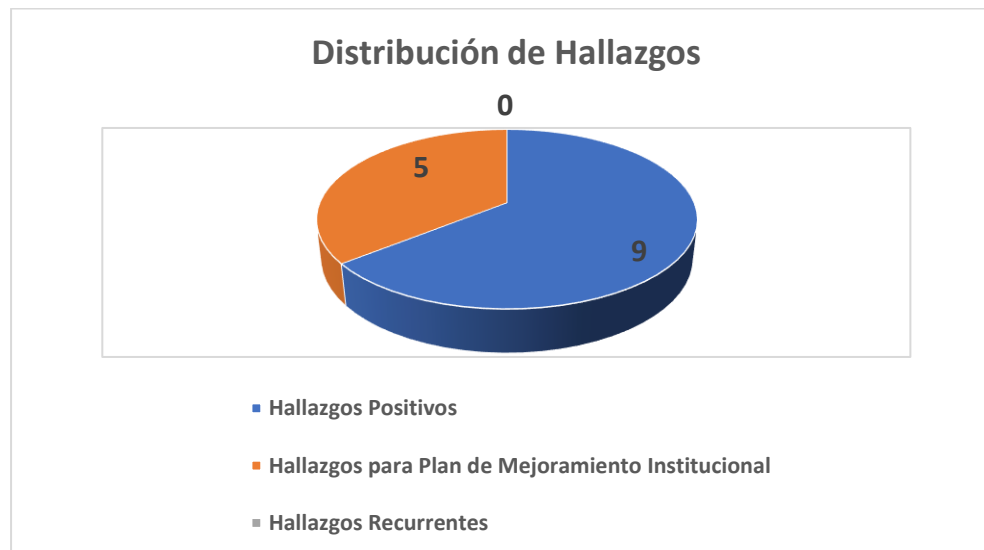
Riesgos Identificados en el proceso de auditoría	Calificación de riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto en el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
H 2.1 Inapropiado uso de herramientas o ejecución inadecuada de acciones.	Moderado	SI	Debilidad en el reporte de avance bimestral que durante los primeros cinco (5) días de cada mes, debe realizarse en el Sistema de Gestión Institucional (SGI), por parte del proceso de "Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor", para el registro de las acciones preventivas tendientes a mitigar el riesgo residual "Inapropiado uso de herramientas o ejecución inadecuada de acciones", situación observada en el periodo comprendido entre el 1° de Julio y el 31 de Diciembre de 2020; no obstante, este registro sí fue evidenciado en el aplicativo para el primer semestre 2021.		H 2.1.1
			Debilidades en la ejecución del control "El líder del proceso de Gestión del Conocimiento mensualmente, revisa que se estén implementando las herramientas mediante monitoreo del plan de acción...Se evidencia su gestión mediante el avance en el tablero de control.", establecido para mitigar el riesgo "Inapropiado uso de herramientas o ejecución inadecuada de acciones", por cuanto el soporte que está quedando como evidencia son "actas de seguimiento"; situación similar se observó para la acción preventiva "...coordinará mesas de trabajo con el grupo para la implementación de la dimensión de Gestión del Conocimiento", para la cual en su lugar, se dejan actas de reunión como evidencia del seguimiento efectuado.		H 2.1.2
3.1 Fuga de capital intelectual en Función Pública.	Alto	SI	Debilidad en la ejecución del control " <i>La Dirección de Gestión del Conocimiento cuenta con las siguientes herramientas para mitigar la fuga del conocimiento: inventario de conocimiento tácito y explícito y tablero de acciones para mitigar la fuga del conocimiento</i> ", establecido para mitigar el riesgo " <i>Fuga de capital intelectual en Función Pública</i> ", por cuanto si bien la DGC suministró evidencia de las dos (2) primeras herramientas mencionadas, no se aportó evidencia del " <i>tablero de acciones para mitigar la fuga del conocimiento</i> ".		H 3.1.1

Riesgos Identificados en el proceso de auditoría	Calificación de riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto en el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
			Aplicación adecuada del control instituido para mitigar el riesgo <i>"Fuga de capital intelectual en Función Pública"</i> , teniendo en cuenta que el Grupo de Talento Humano contempla anualmente acciones para el desarrollo y capacitación del personal de la DGC e igualmente, se cumple con la acción preventiva de realizar sesiones de formación de formadores con el equipo de trabajo, en cumplimiento del <i>"Cronograma sesiones escuela de formadores"</i> ; todo lo anterior, con el objeto de desarrollar sus competencias y prestar una mejor asesoría a las entidades nacionales y territoriales.		H 3.1.2
			Adecuada aplicación del control establecido para la mitigación del riesgo de <i>"Fuga de capital intelectual en Función Pública"</i> , teniendo en cuenta que la <i>"Alta Dirección, la Secretaría General y el Grupo de Gestión Humana, definen anualmente la estrategia para la mejora del clima laboral, mediante la guía de salario emocional, la política del teletrabajo y el programa de bienestar e incentivos"</i> de Función Pública; de la misma forma la Directora de la DGC y su equipo de trabajo, participan en las actividades que son implementadas por el GGH para desarrollar sus competencias y mejorar el bienestar social de los mismos.		H 3.1.3
4.1 Atención extemporánea o imprecisa a los grupos de valor.	Extremo	SI	Aplicación adecuada por parte del proceso <i>"Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor"</i> , del control establecido para mitigar el riesgo transversal <i>"Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor"</i> , asociado al proceso <i>"Acción integral en la administración pública nacional y territorial"</i> , teniendo en cuenta que la DGC, semanalmente, monitorea el cumplimiento de la respuesta a las PQRSD y cuenta con evidencia en el sistema de gestión documental (SGD) y toda la traza del mismo.		H 4.1.1
			Adecuada aplicación del control establecido para mitigar el riesgo transversal <i>"Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor"</i> , el cual está asociado al proceso <i>"Acción integral en la administración pública nacional y"</i>		H 4.1.2

Riesgos Identificados en el proceso de auditoría	Calificación de riesgo inherente según matriz de riesgos del proceso	Cubierto en el alcance de la auditoría	Detalle de las validaciones realizadas	Resultado	No. Hallazgo (Ver Informe Detallado)
			<i>territorial</i> ", en el sentido que la DGC, semanalmente, viene utilizando las alertas diseñadas para el monitoreo del tiempo de respuestas a las PQRSD que se encuentran próximas a vencer, a través del semáforo del sistema de gestión documental (SGD).		
			Aplicación adecuada del control " <i>El servidor designado de cada dirección técnica identifica las necesidades de capacitación de los servidores responsables de la prestación de los servicios a cargo del área y promueve jornadas de autocapacitación en los temas a fortalecer...</i> ", establecido para mitigar el riesgo transversal de " <i>Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor</i> ", el cual está asociado al proceso " <i>Acción integral en la administración pública nacional y territorial</i> ", teniendo en cuenta que la DGC efectivamente identifica las necesidades de capacitación de los servidores para asegurar su idoneidad en las respuestas emitidas a los grupos de valor, en los servicios que ofrece.		H 4.1.3
5.1 Posibilidad de pérdida reputacional por inconformidad de los grupos de valor, debido a la inadecuada estructuración del Plan de Acción Integral - PAI.	Riesgo no incluido en la matriz de riesgos del proceso	SI	Debilidad por parte de la Oficina Asesora de Planeación, en la atención oportuna de los requerimientos solicitados por la Dirección de Gestión del Conocimiento, para ajustar los procesos misionales de Función Pública y modificar, entre otros, la " <i>Política de Operación Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor</i> " (Versión 4 del 2019-08-12) y en especial, el numeral 6.1 Guías de Acción " <i>La Dirección de Gestión del Conocimiento es la encargada de liderar la construcción del PAI junto con las áreas técnicas de la Entidad</i> ", por demoras en el Proyecto de Reingeniería de Procesos.		H 5.1.1
			Adecuado cumplimiento de la Dirección de Gestión del Conocimiento, al tener en cuenta los criterios para el diseño de controles, en la implementación de las Guías de Acción que fueron actualizadas con la entrada en vigencia de la versión 5 del 2021-10-11, de la " <i>Política de Operación Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor</i> ".		H 5.1.2

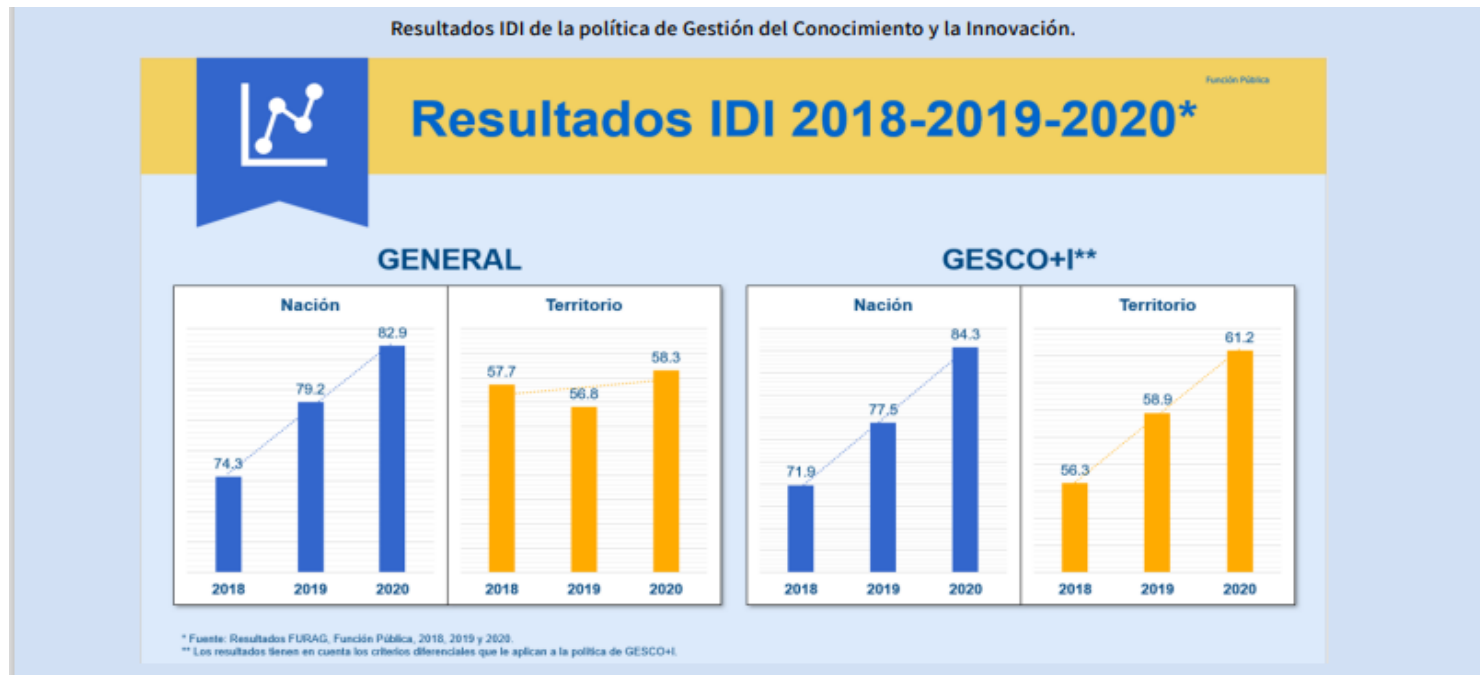
Conclusiones y Recomendaciones Generales

1. Debido a las medidas de confinamiento decretadas por la emergencia sanitaria, se resalta la disposición y colaboración de todos los funcionarios en la realización de las entrevistas de manera virtual y el aporte de información, lo que permitió verificar los controles establecidos en el Proceso de Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor.
2. En la auditoría efectuada al Proceso de Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor se definieron (9) hallazgos (64.3%), en los cuales se pudo evidenciar una aplicación adecuada de la normatividad vigente y de los controles establecidos en el proceso; así mismo, se evidenciaron (5) hallazgos (35.7%), 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 finalmente, no se observó recurrencia en hallazgos respecto a vigencias anteriores (Ver gráfica). Por lo tanto, se hace necesario implementar las acciones de mejora para subsanar los hallazgos de la presente auditoría, mediante el procedimiento establecido a través del Sistema de Gestión Institucional SGI – Módulo Plan de Mejoramiento.



3. La Política de Gestión del Conocimiento y la Innovación en el marco de MIPG viene consolidando su ascenso desde el 2018, tanto en nación como en territorio y, según se aprecia en la siguiente gráfica, ha alcanzado resultados comparativamente superiores al promedio general de todas las políticas. Para la última vigencia evaluada del Índice de Desempeño Institucional (IDI), es decir en

el año 2020, fue la primera dimensión a nivel nacional, con un puntaje de 84.2 y la segunda política de las 18 que integran el Modelo, con un puntaje de 84.3. También fue la política que más creció en territorio con un aumento de 4.8 puntos, quedando así en 61.2, en comparación con el resto de las políticas de MIPG. Por otro lado, al interior del Departamento Administrativo de la Función Pública, se ubicó como la primera dimensión y la segunda política con un puntaje de 95.2.





4. Debilidad por parte de la Oficina Asesora de Planeación, en la atención oportuna de los requerimientos solicitados por la Dirección de Gestión del Conocimiento, de ajustar los procesos misionales de Función Pública para modificar, entre otros documentos, la *“Política de Operación Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor”* (Versión 4 del 2019-08-12) y en especial, el numeral 6.1 Guías de Acción que dice textualmente que *“La Dirección de Gestión del Conocimiento es la encargada de liderar la construcción del PAI junto con las áreas técnicas de la Entidad.”*; lo anterior, obedece a las demoras en la aprobación e implementación del Proyecto Reingeniería de Procesos.
5. El proceso *“Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor”*, en el periodo comprendido entre el 1° de Julio y el 31 de Diciembre de 2020, aunque diligenció la matriz de seguimiento a los riesgos de la DGC con los reportes de avances bimestrales, que se deben realizar durante los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, éstos no se encuentran registrados en el Sistema de Gestión Institucional (SGI), en señal de haber informado las acciones preventivas para la mitigación del riesgo residual de *“Inapropiado uso de herramientas o ejecución inadecuada de acciones”*, establecidas en el Mapa de Riesgos Institucionales.

Informe Detallado

Auditoría al Proceso Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor

Hallazgos

Teniendo en cuenta que el Proceso de Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor, es de una considerable complejidad, el presente informe se desarrolló a partir de la caracterización del proceso, el procedimiento descrito en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión -SIPG- de Función Pública y de un análisis acucioso de la política, guías, lineamientos, así como del mapa de riesgos institucionales 2021 versión 1 y el detalle del mismo (versión 16 del 2021-06-17), vigente para el Alcance de la auditoría, entre otros aspectos.

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, se registran con el símbolo  y por último, la recurrencia de hallazgos (R) observados en seguimientos y auditorías anteriores internas y/o externas, se presentarán al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para el establecimiento de lineamientos para las acciones de mejora a implementar.

1. PROCEDIMIENTO CARACTERIZACIÓN GRUPOS DE VALOR (Versión 3 del 2019-03-04)

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

1.1 “Débil implementación interna del ciclo del conocimiento.”



H 1.1.1 Debilidades en la ejecución del control establecido para mitigar el riesgo "Débil implementación interna del ciclo del conocimiento", por cuanto la DCG, si bien realiza las reuniones de seguimiento sobre la ejecución de acciones planeadas en la vigencia, para el desarrollo de la implementación de la dimensión (6ta), no cumple con la evidencia de ejecución de este se control, que consiste en que los reportes de los avances se deben registrar mediante un tablero de control.

Para la validación del Control 1.1.1 que se transcribe a continuación, establecido para mitigar el riesgo de "Débil implementación interna del ciclo del conocimiento", la OCI tomó como muestra los meses de septiembre y diciembre de 2020 y los de marzo y junio de 2021, encontrando como resultado el cumplimiento parcial en su implementación por parte de la DGC, por cuanto se evidenció, que si bien se realizan las reuniones de seguimiento programadas para la ejecución de acciones planeadas, durante la vigencia en la implementación de la dimensión (6ta), no es posible verificar el registro de los respectivos avances, debido a que no se cuenta o no fue suministrado un tablero de control que muestre los reportes del progreso de la ejecución de estas actividades.

Control: *“El Director de Gestión del Conocimiento bimestralmente, con el fin de dar seguimiento a la ejecución de acciones planeadas para la implementación de la dimensión, evalúa el avance de*

las acciones programadas para la vigencia mediante un tablero de control. En el caso de identificarse una desviación en la ejecución de las actividades, el Director toma decisiones para garantizar su cumplimiento. Evidencia de ejecución de este se control se realiza mediante reportes de avance del tablero de control."

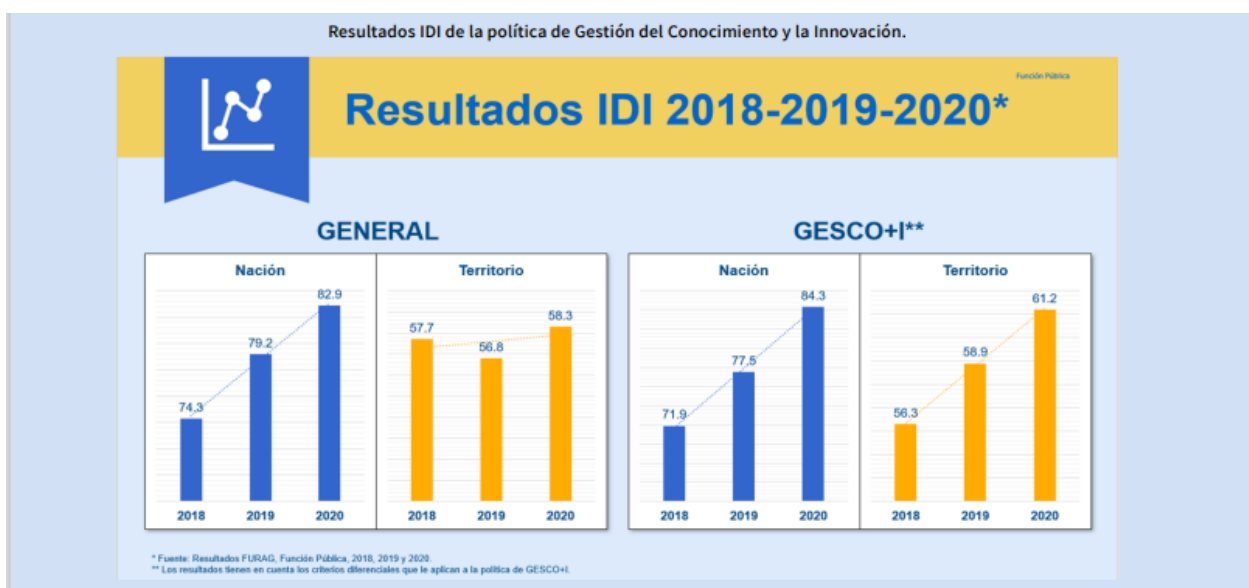
Recomendación:

Implementar la ejecución del control, tal como se encuentra establecido en el mismo, así: "Evidencia de ejecución de este se control se realiza mediante reportes de avance del tablero de control.", de tal manera que la Dirección de Gestión del Conocimiento bimestralmente realice el seguimiento a la ejecución de acciones planeadas para la implementación de la dimensión (6ta) y registre los resultados del avance de las acciones programadas para la vigencia, mediante un tablero de control.



H 1.1.2 Evolución y consolidación de la política de gestión del conocimiento y la innovación (6ª dimensión en el marco de MIPG), los criterios de evaluación del Índice de Desempeño Institucional (FURAG) y la herramienta de autodiagnóstico.

Como se observa en la siguiente gráfica suministrada por la Dirección de Gestión del Conocimiento (DGC), en desarrollo de la prueba de recorrido y validada por la Oficina de Control interno (OCI), la política de gestión del conocimiento y la innovación en el marco de MIPG viene consolidando su ascenso desde el 2018, tanto en nación como en territorio y, según se aprecia, ha alcanzado resultados comparativamente superiores al promedio general de todas las políticas. Para la última vigencia evaluada del Índice de Desempeño Institucional (IDI), es decir en el 2020, fue la primera dimensión a nivel nacional, con un puntaje de 84.2, la segunda política de las 18 que integran el Modelo, con un puntaje de 84.3. También fue la política que más creció en territorio con un aumento de 4.8 puntos, quedando así en 61.2, en comparación con el resto de las políticas del MIPG. Por otro lado, al interior del Departamento Administrativo de la Función Pública, se ubicó como la primera dimensión y la segunda política con un puntaje de 95.2.



Los criterios de evaluación del Índice de Desempeño Institucional (FURAG), correspondiente a la 6ª dimensión de la política de gestión del conocimiento y la innovación, en el ámbito de aplicación de las entidades de la rama ejecutiva del orden nacional y territorial, ayudan al cálculo del

fortalecimiento del desempeño institucional al interior de cada una de estas entidades, para lo cual, se genera anualmente el *“Informe cierre de brechas de las políticas Gesco+I”*. Se realizó socialización del informe en mención mediante reunión con los grupos de A&P (Análisis y Políticas) y adicionalmente, se estructuró un plan de trabajo del informe cierre de brechas.

Como complemento a los resultados de la Medición del Desempeño Institucional, para tener información detallada y en tiempo real sobre el estado de la implementación de la política de gestión del conocimiento y la innovación, Función Pública usa la herramienta de autodiagnóstico diseñada para la política de gestión del conocimiento y la innovación, con un periodo de aplicación inmediatamente anterior; para este caso el autodiagnóstico fue diligenciado por la DGC con el apoyo de la OAP, en reunión del 17 de febrero y corresponde a la vigencia 2020.



H 1.1.3 Aplicación adecuada del control establecido para mitigar el riesgo de *“Débil implementación interna del ciclo del conocimiento”*, en el sentido que la DGC comunique a los cargos de nivel decisorio, el estado de participación y cumplimiento del modelo matricial, mediante correos electrónicos y actas de reuniones internas.

Para la validación por parte de la Oficina de Control Interno (OCI) del control, en el sentido que la DGC comunique a los cargos de nivel decisorio, el estado de participación y cumplimiento del modelo matricial, mediante correos electrónicos y actas de reuniones internas, cuyo resultado fue conforme, la Dirección de Gestión del Conocimiento (DGC) aportó copia de los correos que le remitió a los directivos para que tengan en cuenta las actividades que deben desarrollar los grupos de Análisis y Políticas (A&P) y cuya coordinación se encuentra a cargo de la DGC, en cumplimiento de la Resolución 544 del 21 de julio de 2016, por la cual se reorganizan y establecen las funciones de los Grupos Internos de Trabajo del Departamento Administrativo de la Función Pública e igualmente, se suministró a la OCI copia de las reuniones realizadas que fueron coordinadas por la DGC y que dan cuenta del cumplimiento del modelo matricial. Las evidencias correspondientes se encuentran en el repositorio de carpetas compartidas Yaksa.

Función Pública cuenta con una estructura matricial que por un lado, pretende asegurar el ciclo de generación-captura-instrumentalización-difusión-aplicación del conocimiento y lo combina, con el ciclo de evaluación-mejora-difusión de su quehacer misional. La estructura matricial refiere un sistema de autoridad dual, donde los grupos de Análisis y Políticas responden a las Direcciones Técnicas respectivas, por el desarrollo de sus funciones en relación con las políticas públicas a cargo de cada Dirección. Así mismo, responden a la Dirección de Gestión del Conocimiento (DGC) en el avance de actividades de investigación, innovación y desarrollo de productos (instrumentos de política). Este modelo de operación parte de los siguientes principios:

- Principio de orientación a los grupos de valor
- Principio de atención integral
- Principio de atención basado en oferta
- Principio de mejora en el desempeño de entidades
- Principio de evaluación ex ante y ex post



H 1.1.4 Aplicación adecuada del control establecido para que el personal asignado a la gestión de los grupos de A & P, trimestralmente, reporten el estado de avance de las actividades de su plan de trabajo a través de la generación de informes, con el fin de mitigar el riesgo *“Débil implementación interna del ciclo del conocimiento”*.

La Oficina de Control Interno (OCI) realizó la validación del control con resultado satisfactorio, teniendo en cuenta que la Dirección de Gestión del Conocimiento (DGC) a pesar de tener

establecido en el mismo que el personal asignado a la gestión de los grupos de A & P (Análisis y Políticas) *“trimestralmente”* deben reportar el estado de avance de las actividades de su plan de trabajo, mediante la generación de informes; no obstante, en la evaluación realizada por la OCI se evidenció que la periodicidad de tales reuniones es *“mensualmente”*. Así se observó en la documentación de soporte suministrada por la DGC, como son las *“Acta de Seguimiento al Plan Estratégico Institucional y Gestión de Riesgos”* y *“Ficha Registro de Actividades Grupos A y P”*, correspondientes a la muestra aleatoria seleccionada dentro del Alcance de la auditoría, así: septiembre, diciembre de 2020 y marzo, junio de 2021, las cuales se puede consultar en el repositorio de carpetas compartidas Yaksa.

De la lectura realizada por la OCI, para validar en la ejecución del control, si en el caso de una desviación en el plan de trabajo de los grupos A y P, *“el Director junto con el personal asignado toman decisiones para su cumplimiento”*, aunque no se evidencia desviación en las Actas y Ficha de registro de actividades, consideramos importante destacar de la Agenda, por tratarse del cierre de diciembre 2020, que en el numeral 2. Seguimiento PEI: *“Se cumplió con el 100% de la ejecución del Plan Estratégico Institucional, el cual está en proceso de reporte con fecha de 2020-12-18, en relación con cada uno de sus entregables y actividades.”*

Adicionalmente, el numeral 3. Avance implementación DGC -FP indica que *“En diciembre se efectuaron las últimas dos sesiones de los grupos de AyP, en relación al cumplimiento del cronograma de actividades, la última reunión que tiene que ver con el taller de innovación no se alcanzó a hacer la socialización con todos los directores en esa sesión, entonces junto con Juan Felipe, se inició un proceso de socialización individual y se dio inicio con DPTSC, en donde se presentó y se hicieron comentarios para finalmente incluir ese retos en el PEI, iniciando el 2021 como piloto en municipios PDET. Y de este modo, se va a continuar en el transcurso de la otra semana cumplir con el 100% de las socializaciones.”*

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

2.1 “Inapropiado uso de herramientas o ejecución inadecuada de acciones.”



H 2.1.1 Debilidad en el reporte de avance bimestral que durante los primeros cinco (5) días de cada mes, debe realizarse en el Sistema de Gestión Institucional (SGI), por parte del proceso de “Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor”, para el registro de las acciones preventivas tendientes a mitigar el riesgo residual “Inapropiado uso de herramientas o ejecución inadecuada de acciones”, situación observada en el periodo comprendido entre el 1° de Julio y el 31 de Diciembre de 2020; no obstante, este registro sí fue evidenciado en el aplicativo para el primer semestre 2021.


En la validación realizada por la OCI, al cumplimiento de las Acciones Preventivas para mitigar los Controles (*“El grupo de la DGC bimestralmente se reunirá para revisar la ejecución del plan de acción para verificar su cumplimiento. En caso de no efectuarlo se reprogramará. Se evidenciará su gestión mediante actas de reunión.”* y *“El profesional designado de la DGC bimestralmente coordinara mesas de trabajo con el grupo para la implementación de la dimensión de Gestión del Conocimiento, con el fin que las dependencias adopten las herramientas establecidas. En caso de no utilizarlas se enviara correo al jefe del área informando la situación. Se evidenciara su gestión mediante actas de reunión.”*), se observa que en las actas de Seguimiento al Plan Estratégico Institucional y Gestión de Riesgos, así como en la matriz de seguimiento riesgo DGC que se diligencia mensualmente, la Dirección de Gestión del Conocimiento (DGC) en su numeral 4. Tratamiento de riesgos, deja la siguiente anotación: *“Se hizo el envió de la matriz de control de riesgos, con el fin de que cada uno de los responsables del área diligencie y aporte las evidencias*

respectivas en el control de este, con el fin de evitar la materialización de los mismos" e igualmente, en la matriz en mención se diligencia cada mes las actividades preventivas. Lo anterior, se validó para el periodo septiembre, diciembre de 2020 y marzo, junio de 2021.

Es de anotar, que al consultar la ruta "*Riesgos 2021-I, Informes, Estado Reporte*" - Sistema de Gestión Institucional (SGI), no se evidenciaron los registros de las actas con el avance de las actividades preventivas, establecidas en el Mapa de Riesgos Institucionales para mitigar el riesgo "*Inapropiado uso de herramientas o ejecución inadecuada de acciones*".

Recomendación:

Establecer la causa raíz de la debilidad presentada, con el fin de establecer las acciones preventivas y/o correctivas a que haya lugar.

 **H 2.1.2 Debilidades en la ejecución del control "*El líder del proceso de Gestión del Conocimiento mensualmente, revisa que se estén implementando las herramientas mediante monitoreo del plan de acción...Se evidencia su gestión mediante el avance en el tablero de control.*"**, establecido para mitigar el riesgo "*Inapropiado uso de herramientas o ejecución inadecuada de acciones*", por cuanto el soporte que está quedando como evidencia son "*actas de seguimiento*"; situación similar se observó para la acción preventiva "*...coordinará mesas de trabajo con el grupo para la implementación de la dimensión de Gestión del Conocimiento*", para la cual en su lugar, se dejan actas de reunión como evidencia del seguimiento efectuado.

Al validar la información suministrada por la Dirección de Gestión del Conocimiento (DGC) que reposa en el servidor de carpetas compartidas Yaksa, frente a los documentos publicados en el Sistema de Gestión Institucional (SGI) y el Mapa de Riesgos Institucionales de Función Pública, la OCI observó para la muestra seleccionada (septiembre, diciembre de 2020 y marzo, junio de 2021), que en la ejecución del control "*El líder del proceso de Gestión del Conocimiento mensualmente, revisa que se estén implementando las herramientas mediante monitoreo del plan de acción. En caso que dichas acciones no se estén llevando a cabo, el líder del proceso adopta las acciones necesarias para su aplicación. Se evidencia su gestión mediante el avance en el tablero de control.*", establecido por el proceso para mitigar el riesgo de "*Débil implementación interna del ciclo del conocimiento*", si bien la Dirección revisa que se estén implementando las herramientas a través de monitoreo del plan de acción, no se cumple la implementación para la ejecución del control, comoquiera que no "*se evidencia su gestión mediante el avance en el tablero de control*", pues no fue suministrado dicho tablero para la validación pertinente y en su lugar, se aportaron actas de seguimiento.

También podemos enunciar en la validación realizada para este control, que se observa modificación de la "*Matriz Seguimiento Riesgos DGC*", utilizada como soporte en el reporte de junio de 2021, para el avance periódico que se debe realizar a la OAP los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes, al evidenciar que difiere frente a lo registrado tanto en el SGI como en el Mapa de Riesgos Institucionales, de acuerdo con el siguiente detalle:

Mapa de Riesgos Institucionales y SGI:

Control: "*El líder del proceso de Gestión del Conocimiento mensualmente, revisa que se estén implementando las herramientas mediante monitoreo del plan de acción. En caso que dichas acciones no se estén llevando a cabo, el líder del proceso adopta las acciones necesarias para su*

aplicación. **Se evidencia su gestión mediante el avance en el tablero de control.**” (Negrilla fuera de texto)

Matriz Seguimiento Riesgos DGC:

Control: “El líder del proceso de Gestión del Conocimiento mensualmente, revisa que se estén implementando las herramientas mediante monitoreo del plan de acción. En caso que dichas acciones no se estén llevando a cabo, el líder del proceso adopta las acciones necesarias para su aplicación. **Se evidencia su gestión mediante acta de seguimiento.**” (Negrilla fuera de texto)

Así mismo, al validar la OCI la documentación suministrada por la DGC, se evidencia que también fue modificada la “*Matriz Seguimiento Riesgos DGC*” en el reporte de junio de 2021, para la Acción preventiva del Control, lo cual se puede evidenciar al compararla con lo registrado en el SGI y el Mapa de Riesgos Institucionales, según se puede constatar a continuación:

Mapa de Riesgos Institucionales y SGI:

Acción preventiva del control: “El profesional designado de la DGC bimestralmente **coordinara mesas de trabajo con el grupo para la implementación de la dimensión de Gestión del Conocimiento**, con el fin que las dependencias adopten las herramientas establecidas. En caso de no utilizarlas se enviara correo al jefe del área informando la situación. Se evidenciara su gestión mediante actas de reunión.” (Negrilla fuera de texto)

Matriz Seguimiento Riesgos DGC:

Acción preventiva del control: “El profesional designado de la DGC bimestralmente **hace seguimiento en relación con la implementación de la dimensión de Gestión del Conocimiento**, con el fin que las dependencias adopten las herramientas establecidas. En caso de no utilizarlas se enviara correo al jefe del área informando la situación. Se evidenciara su gestión mediante actas de reunión.” (Negrilla fuera de texto)

Recomendaciones:

1. Llevar a cabo los ajustes pertinentes por parte de la Dirección de Gestión del Conocimiento, para que en la revisión periódica se valide que se estén implementando efectivamente las herramientas a través de monitoreo del plan de acción y se realice la ejecución del control y la Acción preventiva, tal como se encuentra establecido para mitigar el riesgo “*Inapropiado uso de herramientas o ejecución inadecuada de acciones.*”
2. Si el proceso considera necesario y pertinente modificar los controles y acciones preventivas que se encuentran establecidas en el Sistema de Gestión Institucional y en el Mapa de Riesgos Institucionales vigentes, es importante se efectúe mediante su formalización ante las instancias correspondientes, con ocasión del proyecto de Reingeniería de Procesos que se está adelantando.

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

3.1 “Fuga de capital intelectual en Función Pública.”



H 3.1.1 Debilidad en la ejecución del control “La Dirección de Gestión del Conocimiento cuenta con las siguientes herramientas para mitigar la fuga del conocimiento: inventario de conocimiento tácito y explícito y tablero de acciones para mitigar la fuga del conocimiento...”, establecido para mitigar el riesgo “Fuga de capital intelectual en Función Pública”, por cuanto si bien la DGC suministró evidencia de las dos (2) primeras herramientas mencionadas, no se aportó soporte del “tablero de acciones para mitigar la fuga del conocimiento”.

Al validar el Control que se encuentra detallado en el hallazgo arriba mencionado, la Oficina de Control Interno (OCI) revisó la documentación aportada que reposa en el repositorio de carpetas compartidas Yaksa, tomando como muestra los meses de septiembre, diciembre de 2020, marzo, junio de 2021 y no se encontró la correspondiente al “tablero de acciones para mitigar la fuga del conocimiento”. No obstante lo anterior, la DGC en su respuesta durante la prueba de recorrido hizo referencia al objetivo de la herramienta del tablero en mención, en los siguientes términos: *“Tablero de acción para mitigar la fuga del conocimiento: Esta herramienta tiene como objetivo identificar el conocimiento que puede llegar a fugarse de la entidad, ya sea por razones como: cambios de situaciones administrativas, baja apropiación, pocas personas poseen el conocimiento o no se encuentra documentado, entre otros.”*

Recomendación:

Implementar en las revisiones periódicas realizadas por parte de la Dirección de Gestión del Conocimiento (DGC), la herramienta “tablero de acciones para mitigar la fuga del conocimiento”, teniendo en cuenta que dicho control establece textualmente que: *“... Cuando el líder del proceso verifica el incumplimiento, solicita de manera inmediata la ejecución del mismo.”*



H.3.1.2 Aplicación adecuada del control instituido para mitigar el riesgo “Fuga de capital intelectual en Función Pública”, teniendo en cuenta que el Grupo de Talento Humano contempla anualmente acciones para el desarrollo y capacitación del personal de la DGC e igualmente, se cumple con la acción preventiva de realizar sesiones de formación de formadores con el equipo de trabajo, en cumplimiento del “Cronograma sesiones escuela de formadores”; todo lo anterior, con el objeto de desarrollar sus competencias y prestar una mejor asesoría a las entidades nacionales y territoriales.

La Oficina de Control Interno (OCI), ejecutó la validación del Control “El Grupo de Talento Humano contempla anualmente acciones para el desarrollo y capacitación del personal, durante la identificación de necesidades para el establecimiento del PIC, jornadas de inducción y de Bienestar, que permiten la apropiación de lineamientos para la conservación y transferencia del conocimiento y la información. Cuando Talento Humano verifica la inasistencia del personal, reportan al líder del proceso y convocan para la asistencia en una nueva jornada. Se evidencia mediante actas, correos y piezas informativas.” y la acción preventiva “La Dirección de Gestión del Conocimiento a través de sesiones de formación de formadores, fortalecerá el equipo de la DGC, con el fin de desarrollar sus competencias y a su vez prestar una mejor asesoría a entidades nacionales y territoriales.”, para la mitigación del riesgo residual “Fuga de capital intelectual en Función Pública.”, observando un resultado satisfactorio, como quiera que la Dirección de Gestión del Conocimiento en coordinación con el Grupo de Gestión Humana, vienen contemplando en el Plan Institucional de Capacitación (PIC), la realización de las actividades de capacitación, jornadas de inducción y de bienestar social, que le permite al proceso objeto de auditoría apropiar los lineamientos para la conservación y transferencia de conocimiento y la información; así mismo, se observó que la DGC viene ejecutando acciones internas de formación de formadores al personal

del área, tales como las del 5 y 19 de marzo de 2021 sobre *“Analítica y Procesamiento de Datos”* y el 26 de marzo de 2021 sobre *“Administración de Relación con los Clientes CRM”*, esto con el fin de desarrollar competencias en temas del conocimiento y la innovación, en aras de brindar una mejor asesoría a las entidades nacionales y territoriales. Todo lo anterior, fue validado por la OCI mediante una muestra aleatoria seleccionada dentro del Alcance de la auditoría, así: septiembre, diciembre de 2020, marzo, junio de 2021.



H 3.1.3 Adecuada aplicación del control establecido para la mitigación del riesgo de *“Fuga de capital intelectual en Función Pública”*, teniendo en cuenta que la *“Alta Dirección, la Secretaría General y el Grupo de Gestión Humana, definen anualmente la estrategia para la mejora del clima laboral, mediante la guía de salario emocional, la política del teletrabajo y el programa de bienestar e incentivos”* de Función Pública; de la misma forma la Directora de la DGC y su equipo de trabajo, participan en las actividades que son implementadas por el GGH para desarrollar sus competencias y mejorar el bienestar social de los mismos.

La Oficina de Control Interno (OCI) realizó la validación del control *“La Alta Dirección, la Secretaría General y el Grupo de Gestión Humana, definen anualmente estrategia para el mejoramiento del clima laboral, mediante la guía de salario emocional, la política del teletrabajo y programa de bienestar e incentivos. Cuando el Grupo de Gestión Humana realiza la medición de actividades y analiza en sus resultados baja asistencia o desinterés de los servidores públicos, replantearán la estrategia. Se evidencia mediante actas, informes, registros de reunión y piezas informativas.”* y el cumplimiento de la acción preventiva *“La Directora de Gestión del Conocimiento y su equipo participaran en las actividades implementadas por parte del Grupo de Gestión Humana tanto para el fortalecimiento de sus competencias como para el bienestar de los mismos.”*, para el tratamiento del riesgo residual *“Fuga de capital intelectual en Función Pública”*, encontrando que arroja un resultado satisfactorio, de conformidad con la validación realizada en la muestra seleccionada.

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

4.1 *“Atención extemporánea o imprecisa a los grupos de valor.”*



H 4.1.1 Aplicación adecuada por parte del proceso *“Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor”*, del control establecido para mitigar el riesgo transversal *“Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor”*, asociado al proceso *“Acción integral en la administración pública nacional y territorial”*, teniendo en cuenta que la DGC, semanalmente, monitorea el cumplimiento de la respuesta a las PQRSD y cuenta con evidencia en el sistema de gestión documental (SGD) y toda la traza del mismo.

Se efectuó la evaluación a la aplicación del control *“El servidor designado de cada dirección técnica semanalmente, con el fin de monitorear el cumplimiento de respuesta por parte de cada una de las direcciones adelanta seguimiento a las PQRSD. En el caso de encontrar PQRSD próximas a vencer se debe informar al Director Técnico de la dependencia responsable. Como evidencia se tiene el sistema de gestión documental SGD y toda la traza del mismo.”*, para mitigar el riesgo transversal de *“Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor”*, el cual se encuentra asociado al proceso de *“Acción integral en la administración pública nacional y territorial”* e igualmente, se validó el cumplimiento de la acción preventiva *“La directora de la DGC delegará un profesional del área para revisar a diario el correo administrado por la dirección y el sistema ORFEO, con el fin de cumplir con los términos señalados en la ley.”*, establecida por el proceso *“Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor”*, para el tratamiento del riesgo residual, encontrando

en la revisión de la muestra seleccionada que la Dirección de Gestión del Conocimiento presenta un cumplimiento adecuado, de acuerdo con las validaciones que se realizaron sobre la evidencia suministrada.

Limitación en el alcance de la prueba para la validación del control

Los días 2 y 3 de noviembre de 2021, la Oficina de Control Interno no pudo validar en el Sistema de Gestión Institucional de Función Pública (SGI), el registro de las acciones preventivas reportadas por el proceso de “Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor” para el tratamiento del riesgo residual “Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor” (riesgo transversal asociado al proceso “Acción integral en la administración pública nacional y territorial”), debido a que al hacer las validaciones para los controles, se observó que ni estos últimos ni sus acciones preventivas se encontraban registrados en el SGI.

Todo indica que esta situación se presenta porque en estas fechas la Oficina Asesora de Planeación (OAP), habría llevado a cabo en la herramienta SGI, la actualización de los riesgos de estos dos (2) procesos misionales con la nueva metodología, de acuerdo con los reportes que generó la OCI de la aplicación: “sabana controles riesgos”, “sabana acciones riesgos” e “informe gestión riesgos”.



H 4.1.2 Adecuada aplicación del control establecido para mitigar el riesgo transversal “Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor”, el cual está asociado al proceso “Acción integral en la administración pública nacional y territorial”, en el sentido que la DGC, semanalmente, viene utilizando las alertas diseñadas para el monitoreo del tiempo de respuestas a las PQRSD que se encuentran próximas a vencer, a través del semáforo del sistema de gestión documental (SGD).

Como resultado de la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, a la aplicación del control “El servidor designado por el jefe de la dependencia (de cada dirección técnica) semanalmente, con el fin de agilizar el desarrollo de las respuestas por parte de los profesionales responsables, envía el reporte de las PQRSD próximas a vencer (en amarillo y naranja) con copia al jefe de la dependencia. En caso de no recibir notificaciones se avisa al jefe de Dependencia para actualizar información. Como evidencia se tiene correos electrónicos o actas de reunión.”, así como de la acción preventiva “El Coordinador de A&G o A&P semanalmente, con el fin de hacerles un llamado de atención y prevenir la materialización del riesgo, realizará un monitoreo semanal a los profesionales que de manera recurrente tengan PQRSD próximas a vencer (amarillo, naranja). Cuando no se pueda realizar mesa de trabajo se enviarán correos electrónicos con las alertas. Como evidencia se tienen los registros de reunión y correos electrónicos.”, indicadas por el proceso “Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor”, para el tratamiento del riesgo residual transversal “Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor”, asociado al proceso “Acción integral en la administración pública nacional y territorial”, encontramos que la Dirección de Gestión del Conocimiento presenta un cumplimiento adecuado de las actividades de control y las establecidas en la acción preventiva, de acuerdo con la validación que se adelantó a la evidencia suministrada sobre la muestra seleccionada (septiembre, diciembre de 2020 y marzo, junio de 2021).

Limitación en el alcance de la prueba para la validación del control

Los días 2 y 3 de noviembre de 2021, la Oficina de Control Interno no pudo validar en el Sistema de Gestión Institucional de Función Pública (SGI), el registro de las acciones preventivas reportadas por el proceso de “Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor” para el tratamiento del riesgo residual “Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor” (riesgo transversal

asociado al proceso "Acción integral en la administración pública nacional y territorial"), debido a que al hacer las validaciones para los controles, se observó que ni estos últimos ni sus acciones preventivas se encontraban registrados en el SGI.

Todo indica que esta situación se presenta porque en estas fechas la Oficina Asesora de Planeación (OAP), habría llevado a cabo en la herramienta SGI, la actualización de los riesgos de estos dos (2) procesos misionales con la nueva metodología, de acuerdo con los reportes que generó la OCI de la aplicación: "sabana controles riesgos", "sabana acciones riesgos" e "informe gestión riesgos".



H 4.1.3 Aplicación adecuada del control "El servidor designado de cada dirección técnica identifica las necesidades de capacitación de los servidores responsables de la prestación de los servicios a cargo del área y promueve jornadas de autocapacitación en los temas a fortalecer...". establecido para mitigar el riesgo transversal de "Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor", el cual está asociado al proceso "Acción integral en la administración pública nacional y territorial", teniendo en cuenta que la DGC efectivamente identifica las necesidades de capacitación de los servidores para asegurar su idoneidad en las respuestas emitidas a los grupos de valor, en los servicios que ofrece.

La Oficina de Control Interno evaluó la aplicación del control "El servidor designado de cada dirección técnica identifica las necesidades de capacitación de los servidores responsables de la prestación de los servicios a cargo del área y promueve jornadas de autocapacitación en los temas a fortalecer. En caso de que la autocapacitación no supla estas deficiencias, se solicita al área de talento humano establecer las estrategias para el fortalecimiento de las competencias. La evidencia de este control se encuentra en las actas de las jornadas de autocapacitación, las comunicaciones al área de talento humano y en las estrategias adelantadas por esta área.", al igual que el cumplimiento de la acción preventiva "La Dirección de Gestión del Conocimiento a través de sesiones de formación de formadores, fortalecerá el equipo de la DGC, con el fin de desarrollar sus competencias y responder oportunamente las solicitudes de los grupos de valor.", indicada en el proceso "Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor", para la mitigación del riesgo transversal "Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor", asociado al proceso "Acción integral en la administración pública nacional y territorial", concluyendo que la DGC cumple adecuadamente con las actividades de control y la acción preventiva establecida, según validación realizada sobre la evidencia suministrada.

A continuación, se relaciona a manera de ejemplo una de las actividades adelantadas en el primer semestre del presente año - sesión formación de formadores, donde se trató el tema de "Innovación social, innovación pública e innovación en el sector público"; cabe anotar, que en las jornadas de autocapacitación que se llevaron a cabo en el mismo periodo, se socializaron los siguientes temas: Actualización Inventarios Conocimiento DAFP, Retención Conocimiento, Socialización Buenas Prácticas Función Pública, Transferencia Conocimiento, entre otros.

Limitación en el alcance de la prueba para la validación del control

Los días 2 y 3 de noviembre de 2021, la Oficina de Control Interno no pudo validar en el Sistema de Gestión Institucional de Función Pública (SGI), el registro de las acciones preventivas reportadas por el proceso de "Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor" para el tratamiento del riesgo residual "Atención extemporánea o imprecisa a los Grupos de Valor" (riesgo transversal asociado al proceso "Acción integral en la administración pública nacional y territorial"), debido a

que al hacer las validaciones para los controles, se observó que ni estos últimos ni sus acciones preventivas se encontraban registrados en el SGI.

Todo indica que esta situación se presenta porque en estas fechas la Oficina Asesora de Planeación (OAP), habría llevado a cabo en la herramienta SGI, la actualización de los riesgos con la nueva metodología, para estos dos (2) procesos misionales. Lo anterior, de acuerdo con la validación de los reportes generados por la OCI en la herramienta SGI: “*sabana controles riesgos*”, “*sabana acciones riesgos*” e “*informe gestión riesgos*”.

Riesgo evaluado asociado al hallazgo:

5.1 “Posibilidad de pérdida reputacional por inconformidad de los grupos de valor, debido a la inadecuada estructuración del Plan de Acción Integral - PAI.”



H 5.1.1 Debilidad por parte de la Oficina Asesora de Planeación, en la atención oportuna de los requerimientos solicitados por la Dirección de Gestión del Conocimiento, para ajustar los procesos misionales de Función Pública y modificar, entre otros, la “Política de Operación Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor” (Versión 4 del 2019-08-12) y en especial, el numeral 6.1 Guías de Acción “La Dirección de Gestión del Conocimiento es la encargada de liderar la construcción del PAI junto con las áreas técnicas de la Entidad”, por demoras en el Proyecto de Reingeniería de Procesos.

El 13 de octubre de 2021, un día antes de realizarse la prueba de recorrido con la Dirección de Gestión del Conocimiento, llevada a cabo durante la etapa de planeación del trabajo de auditoría, la Oficina de Control Interno efectuó consulta al Sistema Integrado de Planeación y Gestión (SIPG) y observó que había sido publicada una nueva versión de la “*Política de Operación Proceso Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor*”, correspondiendo a la versión 5 del 2021-10-11, según la cual, en el detalle de la “*Descripción del cambio*” del nuevo documento reza “*Se actualiza la política de operación en relación con la responsabilidad, guías de acción y glosario. Así mismo se incluye propósito, objetivo, objetivo secundario y bibliografía.*” (Negrilla fuera de texto)

Con base en la anterior novedad, la OCI en desarrollo de la “*Prueba de control - Validación efectiva operativa*”, que se realiza en la etapa de ejecución del trabajo, evidenció que entre los diferentes cambios de la nueva versión, se había modificado las Guías de Acción de la “*Política de Operación Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor*” y que, en especial, se eliminó el numeral 6.1 de las mismas, donde se contemplaba que “*La Dirección de Gestión del Conocimiento es la encargada de liderar la construcción del PAI junto con las áreas técnicas de la Entidad*”. Al respecto, es importante anotar, que en el formato “*Control de cambio a la documentación*”, el ajuste solicitado por parte la DGC, a la Oficina Asesora de Planeación (OAP), se llevó a cabo con la siguiente justificación y observaciones a la modificación: “*Se solicita actualizar la “Política de Operación”, una vez efectuadas las mesas de trabajo con la OAP y la DDO para analizar la reubicación del procedimiento, concluimos que quien debería desarrollar las actividades asociadas al procedimiento para la Elaboración del Plan de Acción Integral es la Dirección de Desarrollo Organizacional, toda vez que lidera la estrategia territorial. Por lo anterior se efectuó la actualización en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión asociado al proceso de Acción integral en la administración pública nacional y territorial.*” (Negrilla fuera de texto)

No obstante lo anterior, es de gran importancia tener en cuenta que el Alcance de la presente auditoría interna comprende del 1° de julio de 2020 al 30 de Junio de 2021; por ende, se destaca que dicho trámite se realizó a través de correo electrónico del 8 de octubre de 2021, con el cual la

DGC remitió a la OAP, el formato "Control de cambio a la documentación" de fecha 7 de octubre de 2021, es decir, que esta gestión se materializó en fechas posteriores al referido alcance de la auditoría.

Adicionalmente, se detalla la relación de las modificaciones al Proceso:

- ✓ En el correo electrónico del 8 de octubre de 2021, la Dirección solicita a la OAP "su especial apoyo para que esta actualización se haga con prioridad ante la imposibilidad de adelantar el rediseño necesario.", aspecto sobre el cual ya se había pronunciado con anterioridad la DGC en la reunión de apertura de la auditoría y mediante correo remitido de la Carta de Representación de la misma y, que fue dirigido a la Jefe de la OCI para informarle, que: "...desde 2018, fecha de mi llegada al DAFP, y **durante los años 2019, 2020 y 2021, he solicitado a la Oficina Asesora de Planeación de la entidad, como bien pueden ellos corroborar, el necesario ajuste a los procesos misionales del DAFP, por cuanto tal modificación está fuera de mi alcance y competencia, pero es totalmente necesario e inaplazable como lo he manifestado públicamente**".

Adicionalmente, la se hicieron las siguientes solicitudes a la OAP, adjuntando la documentación pertinente y los formatos de "Control de cambio a la documentación", con el fin de continuar con la actualización de los Procesos de "Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor" y "Generación de Productos y Servicios para la Gestión Pública", temas que fueron tratados por la OCI en la Prueba de Recorrido adelantada con la DGC, según el siguiente detalle:

“Actualización:

Política de Operación proceso Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor

Política de Operación proceso Generación de Productos y Servicios para la Gestión Pública

Procedimiento Instrumentalización de Políticas en Función Pública

Eliminación:

Escritura de memorias paso a paso

Criterios de evaluación de las publicaciones

Inclusión documentos:

Lineamiento técnico de gestión del conocimiento y la innovación

Guía para evitar o mitigar la fuga de conocimiento en las entidades públicas”

- ✓ Sobre este mismo tema, la OCI también tuvo acceso al correo electrónico de fecha 10 de febrero de 2021, remitido por la DGC a la OAP, con el asunto "2021-02-10_Solicitud_actualizacion_pai", en el cual manifiesta la Directora de la DGC que: "Conforme venimos gestionando desde el 2019, el pasado 05 de febrero llevamos a cabo una reunión con Olga Lucía Arango, Luis Ernesto Suarez y Jaime Urazán, coordinador de la estrategia territorial DDO, con el fin de revisar la actualización del procedimiento "Elaboración PAI" para que el mismo consulte la realidad del proceso y en clara orientación a la actualización de los procesos y procedimientos de la entidad que esta área ha solicitado a la OAP desde vigencias anteriores, para facilitar su cumplimiento y que los mismos tengan en cuenta los avances y desarrollos de la entidad, situación que también ha reseñado la OCI en su pronunciamiento. Así mismo, Jaime Urazán nos informó que socializó el ajuste propuesto con el director de la DDO, a quien se envió el correo correspondiente, procediendo a su validación y aprobación. Por lo anterior amablemente solicitamos actualizarlo en el Sistema Integrado de Planeación y Gestión. Cabe resaltar esta dirección solicito en varias oportunidades, como se evidencia en los correos de

fecha 3/08/2020, 24/11/2020 y 13/11/2020 la actualización del mismo, toda vez que no se ajustaba a la realidad de la expedición del PAI.”

- ✓ Finalmente, la OCI también validó el correo electrónico del 23/09/2021, con asunto “Control de cambios ajuste responsable procedimiento”, en el cual la DGC le manifiesta a la OAP, que: “Conforme a lo que hemos acordado con ustedes y en atención a la lógica de las actividades que se desprenden de las funciones de cada área, adjunto envió el control de cambios a la documentación del SIPG, con el fin de trasladar el procedimiento “Caracterización Grupos de Valor” al proceso de Direccionamiento Estratégico, por la pertinencia del tema.”

La OCI pudo constatar en los sistemas de información de Función Pública, que algunos de estos ajustes ya se hicieron y los restantes, se encuentran contemplados para su realización una vez se apruebe el Proyecto de Reingeniería de Procesos que lidera la OAP y el cual, como es de conocimiento general en la Entidad, ha presentado demoras en su aprobación y ejecución.

Recomendación:

Teniendo en cuenta la información suministrada por la Dirección de Gestión del Conocimiento (DGC), donde se comunica que a cargo de esta dependencia no está la responsabilidad de la ejecución del procedimiento “Elaboración y aprobación del Plan de Acción Integral” – PAI (Versión 5.0 del 18/febrero/2021), por no contar con los recursos económicos y la capacidad instalada para ser “...la encargada de liderar la construcción del PAI junto con las áreas técnicas de la Entidad.”, se determina que los controles asociados a dicho procedimiento, se evaluarán en la Auditoría Interna con enfoque basado en riesgos al también proceso misional “Acción Integral en la Administración Pública Nacional y Territorial”, el cual se encuentra bajo la responsabilidad de la Dirección de Desarrollo Organizacional (DDO); Dirección Técnica a la cual ya se le reubicó el procedimiento y desarrolló bajo su liderazgo, contando con las demás Direcciones Técnicas, las actividades requeridas para la elaboración del Plan de Acción Integral 2021, toda vez que esta área es quien lidera la estrategia territorial.



H 5.1.2 Adecuado cumplimiento de la Dirección de Gestión del Conocimiento, al tener en cuenta los criterios para el diseño de controles, en la implementación de las Guías de Acción que fueron actualizadas con la entrada en vigencia de la versión 5 del 2021-10-11, de la “Política de Operación Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor”.

La Oficina de Control Interno, observó en la nueva versión de la “Política de Operación Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor” - Guías de Acción, el establecimiento del siguiente control “La Dirección de Gestión de Conocimiento anualmente envía correo a los grupos de Análisis y Política para la actualización del inventario de conocimiento tácito y explícito, con el fin de identificar los conocimientos que deben ser incorporados y fortalecidos, así como identificar los conocimientos que tienen riesgo de fuga en cada dirección técnica y a su vez gestionen acciones eficaces para la transferencia de conocimiento.”

Teniendo en cuenta que el control establecido se encuentra adecuadamente diseñado (“quién lo hace, periodicidad o frecuencia, qué hace, cómo lo hace, qué pasa cuando hay excepciones y, cuál es la evidencia”, para mitigar el Riesgo “Fuga de capital intelectual en Función Pública”; se sugirió durante el proceso auditor a la DGC, contemplar su inclusión en el Mapa de Riesgo Institucionales, con ocasión del Proyecto de Reingeniería de Procesos que está adelantando la Entidad. Al respecto, la líder del proceso manifestó que cuando se realice la reingeniería en mención, se tendrá en cuenta esta sugerencia.

Planes de Mejoramiento

Auditoría al Proceso Gestión del Conocimiento y Grupos de Valor

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

Luz Stella Patiño Jurado
Jefe Oficina de Control Interno

*Elaboró: Oswaldo Cruz García, Contratista OCI (Líder Auditoría).
Henry Eduardo Giovannetti Durán, Profesional especializado OCI.*

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