

# Informe Personalizado Resultados FURAG

SISTEMA INTEGRADO  
DE GESTIÓN  
DISTRITAL



BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ  
MEJOR  
PARA TODOS

**Publicación de la  
Dirección Distrital de Desarrollo Institucional - DDDI  
Secretaría General, Alcaldía Mayor de Bogotá**

**Secretario General**  
Raúl José Buitrago Arias

**Subsecretaría Técnica**  
Jenny Cristina Aristizábal Caballero

**Director Técnico- DDDI**  
César Ocampo Caro

**Subdirector Técnico-DDDI**  
Miguel Antonio Diaz

**Equipo de Trabajo**  
Alexandra Quitian  
Magda Patricia Gomez  
Jhoana Patricia Murillo

**Elaboración del documento**  
Sebastián Estrada  
Jonnathan Andrés Lara

**Bogotá D.C., noviembre 2018**



## INFORME PERSONALIZADO RESULTADOS FURAG II INSTITUTO DISTRITAL DE LAS ARTES - IDARTES AÑO 2018

### Alcance del Informe

El presente informe tiene como objetivo presentar las brechas de resultados a nivel de entidad a partir de los resultados del FURAG II en el año 2017. Este informe complementa los informes presentados por Función Pública, en tanto permite conocer a las entidades cuales son las acciones puntuales que deben realizar para mejorar de forma progresiva y continua en la implementación de MIPG.

Para consultar los resultados del FURAG II las entidades se pueden dirigir al siguiente enlace de (<http://www.funcionpublica.gov.co/web/mipg/visualizacion-resultados-consolidados>).

### RESULTADOS GENERALES DEL FURAG

Índice de Desempeño Institucional: 68.53914060067361  
Quintil Grupo Par: 3

Las brechas que se presentan a continuación se realizan a partir del cuestionario desarrollado por la Entidad a través del FURAG II en el mes de noviembre de 2017. De esta manera, se presentan las falencias o puntos a fortalecer por parte de la Entidad en cada una de las políticas del modelo. En caso de no contar con información frente a una de las políticas se entiende que la entidad cumple con los requisitos mínimos exigidos por parte del MIPG. Este informe se encuentra dividido en las siete dimensiones del MIPG. Al interior de cada dimensión se hayan sus políticas con las brechas identificadas a partir de los resultados del FURAG. De esta manera, se busca que cada entidad realice un ejercicio de reflexión sobre las brechas identificadas y establezca acciones para su mejora.

## DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO

### Resultados

	Resultado
<b>Talento Humano</b>	
Calidad de la planeación estratégica del talento humano	51.0584879752126
Eficiencia y eficacia de la selección meritocrática del talento humano	67.52094331671729
Desarrollo y bienestar del talento humano en la entidad	69.8662135117328
Desvinculación asistida y retención del conocimiento generado por el talento humano	61.8297794917643
<b>Política de Integridad</b>	64.468221530911

## 1 Política de Gestión Estratégica del Talento Humano

### 1.1 Planeación de la GTH

Para la planeación del talento humano, la entidad no tiene en cuenta:

- La información estratégica y básica de la entidad.
- La normatividad aplicable a la gestión del talento humano.
- Los actos administrativos de creación o modificación de planta de personal.
- Las metas y objetivos de la entidad.

Frente a la caracterización de su fuerza laboral:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

El plan estratégico de talento humano de la entidad no incluye los siguientes temas:

- Capacitación.
- Bienestar.
- Incentivos.
- Vacantes.
- Seguridad y salud en el trabajo.
- Evaluación de desempeño.
- Inducción y reinducción.
- Clima organizacional.
- Actualización de la información en el SIGEP.

- Estrategias para la vinculación de integrantes de grupos étnicos.

A partir del análisis de los resultados del seguimiento al Desempeño Institucional:

- El equipo directivo no reorganiza equipos de trabajo para asegurar los resultados.

## 1.2 Ingreso

Frente a los procesos de ingreso, la entidad no:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Para llevar a cabo la selección de un gerente público la entidad no:

- Aplica las pruebas necesarias para garantizar la selección del mejor candidato.

## 1.3 Desarrollo

Frente a la capacitación y los procesos de reinducción en la entidad no:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Frente al clima laboral:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Frente a los procesos de movilidad al interior de la organización:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Frente a las evaluaciones de desempeño:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

## 1.4 Retiro

Con respecto a los servidores que se retiran, la entidad no:

- Identifica y documenta las razones por las cuales se retiran.
- Analiza las causas de retiro y las utiliza para mejorar su gestión del talento humano.
- Brinda apoyo emocional a las personas que se retiran (por pensión, reestructuración o finalización del nombramiento en provisionalidad) para afrontar el cambio.

Frente a los mecanismos para la transferencia de conocimiento:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

## 2 Política de Integridad

La Entidad no ha mejorado la implementación del Código de Integridad a partir de:

- El análisis de la apropiación del Código por parte de los servidores.
- Las recomendaciones y/o sugerencias por parte de los servidores.

Frente a los mecanismos con los que cuenta la Entidad para gestionar el incumplimiento de las normas de conducta ética por parte de los servidores, la entidad no:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

## DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN Resultados

	Resultado
<b>Direccionamiento Estratégico y Planeación</b>	
Política de Planeación Institucional	61.1526899974173

### 3 Política de Planeación Institucional

#### 3.1 Reflexión inicial

La entidad previo al ejercicio de planeación, no definió su direccionamiento estratégico teniendo en cuenta el(los) siguiente(s) aspecto(s):

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Frente a las características socioculturales, geográficas, económicas o tecnológicas de los grupos de valor, la entidad no realiza la(s) siguiente(s) actividad(es):

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Las decisiones en el ejercicio de planeación no se toman con base en:

- Resultados del análisis de la capacidad institucional.
- La evaluación y retroalimentación ciudadana realizada en las actividades de rendición de cuentas.
- Resultados de las auditorías internas y externas.
- Resultados de la evaluación de la gestión de riesgos.
- Resultados de la evaluación de la gestión financiera.
- Medición de la satisfacción de los grupos de valor en periodos anteriores.

#### 3.2 Diagnóstico y capacidades de entorno

Las instalaciones, muebles, computadores y demás bienes de la entidad no:

- Son suficientes para cumplir con sus planes, proyectos o programas.

Frente a las necesidades de personal en el proceso de planeación:

- La Entidad no cuenta con un equipo para el análisis de datos.

### 3.3 Formular los planes

El Plan de Acción Anual - PAA (corto plazo) definido por la entidad no incluye:

- Los objetivos del PAA articulados con el Plan Estratégico de la entidad.

El Plan Estratégico de largo plazo definido por la entidad no incluye:

- Los objetivos estratégicos de la entidad articulados con las líneas de acción, objetivos, programas o proyectos del plan de desarrollo.
- Las metas que viabilizan los objetivos estratégicos de la entidad.
- Las actividades que permiten alcanzar las metas y objetivos definidos.
- Los responsables de la ejecución de las actividades.
- Los tiempos de ejecución de las actividades.
- Los recursos (financieros, humanos, físicos, tecnológicos) asignados para lograr los objetivos definidos.
- Los indicadores de seguimiento.
- El enfoque étnico diferencial en los objetivos estratégicos, programas o proyectos del plan de desarrollo.

### 3.4 Formular los indicadores

Frente al proceso de formulación de indicadores:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

### 3.5 Formular los indicadores para la administración del riesgo

La política de administración de riesgos de la entidad definida por el Representante Legal y su equipo directivo no incluye:

- Análisis del contexto interno y externo de la entidad.

## 4 Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público

### 4.1 Programar el presupuesto

Frente a la elaboración del presupuesto se encuentra que:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Los recursos presupuestales (anuales) que la entidad necesita para lograr sus objetivos no se estiman con base en:

- La planeación estratégica de la entidad.
- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

La entidad no mejora sus procesos y procedimientos a partir de:

- Sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias por parte de la ciudadanía.
- Espacios de concertación y consulta con grupos étnicos.
- Análisis de las necesidades y prioridades en la prestación del servicio.
- Análisis de costo-beneficio de los procesos.
- Seguimiento a los indicadores de gestión.

Frente a la gestión de recursos físicos y servicios internos:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

## 5 Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público

Frente a la ejecución presupuestal:

- La entidad no se realizan comités de depuración contable de manera periódica.

## 6 Política de Gobierno Digital

### 6.1 Seguridad de la información

Frente al tratamiento de la seguridad en la información:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

En lo que respecta a la política de seguridad y privacidad de la información, la entidad no:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Frente a la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI) la Entidad presenta las siguientes debilidades:

- Asignación de presupuesto para la implementación del SGSI.
- Definición de la implementación de las actividades o fases del SGSI.
- Compromiso por parte del equipo directivo y coordinadores en el apoyo activo al MSPI, mostrando su importancia para la entidad.

Frente al plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información, la entidad no ha realizado:

- La elaboración y aprobación del plan control operacional, en el cual se indica la metodología para implementar las medidas de seguridad definidas en el plan de tratamiento de riesgos.
- La elaboración y aprobación de los informes relacionados con la implementación de los controles de seguridad y privacidad de la información.
- La definición y aprobación de los indicadores de gestión y cumplimiento que permitan identificar si la implementación del MSPI es eficiente, eficaz y efectiva.

Respecto a la implementación de acciones de mejora continua que garanticen el cumplimiento del plan de seguridad y privacidad de la información, la entidad no ha realizado:

- Constatar que las acciones correctivas aplicadas son las adecuadas para gestionar los hallazgos y debilidades identificadas en seguridad y privacidad de la información al interior de la entidad.
- La entidad no intercambia información de incidentes de seguridad con la entidad cabeza de sector o de ser necesario con el Colcert.

Frente a la gestión de riesgos de seguridad y privacidad de la información, la entidad no cuenta con:

- Una metodología formalizada para la gestión de los riesgos de seguridad y privacidad de la información.

## 6.2 Arquitectura

Frente a la arquitectura empresarial:

- La Entidad no ha realizado ejercicios de arquitectura empresarial.
- La entidad no ha determinado el estado actual de la infraestructura tecnológica para desarrollar el plan de transición del protocolo IPv4 a IPv6.
- La Entidad no cuenta con documento del plan de diagnóstico y estrategia de transición de IPv4 a IPv6.
- La Entidad no utiliza una metodología para la gestión de proyectos TI.

El Plan Estratégico de TI (PETI) no incluye:

- La proyección del presupuesto.
- Todos los dominios del Marco de Referencia.

La Entidad no ha incorporado en su esquema de gobierno de TI los siguientes elementos:

- Instancias de decisión de TI.
- Roles y responsabilidades de TI.

Con respecto a la optimización de las compras de TI, la entidad no:

- Utilizó contratos de agregación de demanda para bienes y servicios de TI.
- Aplicó metodologías o casos de negocio y criterios para la selección y/o evaluación de soluciones de TI.

En materia de monitoreo de la Estrategia de Gobierno Digital, la Entidad no realizó las siguientes actividades:

- Seguimiento al uso de los conjuntos de datos publicados.
- Formulación de acciones de mejora a partir de la medición de indicadores de monitoreo y evaluación del PETI.
- Definición de un programa y/o estrategia de calidad de los componentes de información institucional.
- Seguimiento del programa y/o estrategia de calidad de los componentes de información definido.

- Implementación de los controles de calidad de los datos en los sistemas de información.
- Definición de los indicadores y métricas para medir la calidad de los componentes de información.
- Ejercicios de diagnóstico y perfilamiento de la calidad de datos.
- Definición y aplicación de metodologías para medir la calidad de los componentes de información.
- Proyección de la capacidad de los servicios tecnológicos.
- Formulación de los planes de auditoria para la revisión y verificación la gestión de la seguridad y privacidad de la información al interior de la entidad.

A partir de la guía de estilo y las especificaciones técnicas de usabilidad definidas por la Entidad y el Ministerio de TIC, se encuentra que la Entidad no implementa dentro de sus sistemas de información:

- Sistemas de información estratégicos.
- Características que permiten la apertura de sus datos.

Con respecto al ciclo de vida de los sistemas de información, la entidad no:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Con respecto a la arquitectura de sistemas de información, la entidad no:

- Definió los diagramas de interacción e interoperabilidad de sus sistemas de información.

Con relación a los procesos de operación y mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios tecnológicos, la entidad no:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

## 6.3 Servicios ciudadanos digitales

La Entidad no cumple con los siguientes criterios de accesibilidad en su sistio web:

- Características sensoriales.
- Uso del color.
- Teclado.
- Evitar bloques.
- Propósito de los enlaces (en contexto).
- Idioma de la página.
- Al recibir entradas.
- Procesamiento.
- Nombre, función, valor.

La Entidad no cumple con las siguientes directrices de usabilidad en su sitio web:

- El diseño gráfico del sitio web se conserva en todos los sitios de navegación (Navegación global consistente).
- Los enlaces del sitio web indican claramente el contenido al cual conducen. No tienen textos como ver más, clic aquí, entre otros. (Enlaces bien formulados).
- El sitio web no tiene vínculos rotos.
- El sitio web no permite desplazamiento de izquierda a derecha para consultar contenidos.
- El sitio web cuenta con diferentes hojas de estilo para si correcta navegación (pantalla, móvil, impresión). En caso que el sitio web sea responsivo sólo requiere formato de impresión.
- El sitio web le indica al usuario cuando ha visitado contenidos de la página (Vínculos visitados).
- Ejemplos en los campos de formulario.

La entidad no ha realizado en materia de apropiación y mejora de la Estrategia de Gobierno Digital, las siguientes acciones:

- Diagnóstico del uso y apropiación de TI en la entidad.
- Caracterización de los grupos de interés internos y externos.
- Implementación de estrategias de gestión del cambio para los proyectos de TI.
- Definición de indicadores para la medición del impacto del uso y apropiación de TI en la entidad.
- Capacitación para todos los grupos de interés con relación a los temas de TI.
- Divulgación de las políticas, buenas prácticas o directrices relacionadas con seguridad de la información a través de eventos especiales relacionados con seguridad.
- Divulgación de las políticas, buenas prácticas o directrices relacionadas con seguridad de la información a través de medios físicos (Volantes, carteleras etc...).
- Ejecución del plan de comunicación, sensibilización y capacitación en lo referente a seguridad y privacidad de la información, con base en la caracterización de grupos focales (Usuarios, Directivos, Técnicos y Terceros).
- Desarrollo de capacidades de gestión de TI que generen mayor eficiencia en la prestación del servicio al usuario (interno o externo).

## 7 Política de Seguridad de Digital

Con respecto a la gestión y control de la calidad y seguridad de los servicios tecnológicos, la entidad no:

- Definió controles de calidad para los servicios tecnológicos.
- Implementó controles de calidad para los servicios tecnológicos.

- Definió indicadores para el seguimiento de la efectividad de los controles de calidad de los servicios tecnológicos.

Con relación a los procesos de operación y mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios tecnológicos, la entidad no:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Con respecto a la gestión y control de la calidad y seguridad de los servicios tecnológicos, la entidad no:

- Definió controles de calidad para los servicios tecnológicos.
- Implementó controles de calidad para los servicios tecnológicos.
- Definió indicadores para el seguimiento de la efectividad de los controles de calidad de los servicios tecnológicos.

## 8 Política de Servicio al Ciudadano

Frente a la política de servicio a la ciudadanía la entidad:

- La entidad no implementa acciones para mejorar la prestación de servicios con base en los resultados de la encuesta de satisfacción de los ciudadanos.

Con respecto a las peticiones, quejas, reclamos, solicitudes y denuncias (PQRSD), la entidad no:

- Ofrece la posibilidad de realizar PQRSD a través de dispositivos móviles.

La entidad no cuenta con mecanismos para dar prioridad y atención especial a las peticiones presentadas por:

- Periodistas.
- Menores de edad.
- Personas en situación de discapacidad.
- Mujeres embarazadas.

Frente a la atención de grupos étnicos la entidad no:

- Evalúa la satisfacción de los grupos étnicos.
- Cuenta con un procedimiento para traducir la información pública que solicita un grupo étnico a su respectiva lengua.

## 9 Política de Racionalización de Trámites

Frente las acciones para la racionalización de trámites la entidad no ha:

- Formulado la estrategia de racionalización de trámites en la presente vigencia.
- Previsto la automatización de procesos y/o procedimientos, ni realizado la revisión desde la perspectiva funcional.

La entidad no tuvo en cuenta los siguientes factores para priorizar sus trámites y otros procedimientos:

- Planes de Desarrollo.
- Políticas.
- Institución.
- Racionalización de trámites.

Las acciones de racionalización de trámites y otros procedimientos administrativos implementadas por la entidad no han permitido:

- Reducir los pasos de los trámites y otros procedimientos administrativos.
- Reducir los costos de los trámites y otros procedimientos administrativos.
- Reducir los requisitos de los trámites y otros procedimientos administrativos.
- Que los grupos de valor conozcan los beneficios que obtuvieron por efecto de la racionalización.

Con respecto a los trámites y/o servicios presenciales mas demandados, la entidad no:

- Realiza medición del tiempo promedio que tarda desde la recepción de la solicitud hasta la entrega final del producto al usuario.

## 10 Participación Ciudadana en la Gestión Pública

La entidad no incluyó los siguientes grupos de valor en las actividades de participación implementadas:

- Academia.
- Órganos de control.
- Veedurías ciudadanas.
- Organizaciones no gubernamentales.
- Órganos internos (Asamblea, Junta Directiva, Junta de accionistas).

La Entidad no implementó las siguientes actividades para cualificar la participación ciudadana:

- Capacitación a los grupos de valor en participación ciudadana y control social.

- Capacitación en temas de participación a los servidores de la entidad.
- Difusión de información para la participación ciudadana y el control social.

Las siguientes actividades de la estrategia de participación ciudadana no se realizaron por medios electrónicos:

- Elaboración de normatividad.
- Formulación de la planeación.
- Formulación de políticas, programas y proyectos.
- Ejecución de programas, proyectos y servicios.
- Rendición de cuentas.
- Racionalización de trámites.
- Ejercicios de innovación abierta para la solución de problemas.
- Promoción del control social y veedurías ciudadanas.

La entidad no utiliza las bases de datos de ciudadanos, grupos de valor o grupos de interés para:

- Evaluación de la prestación del servicio.

La estrategia de rendición de cuentas de la entidad no define fechas y acciones detalladas por grupo de valor para:

- El desarrollo de ejercicios de diálogo.
- Incorporación de acciones de mejora viables a partir del resultado del diálogo.

En su proceso de rendición de cuentas, la Entidad no implementó las siguientes acciones de diálogo:

- Foros ciudadanos participativos por proyectos, temas o servicios.
- Foros virtuales.
- Ferias de la gestión con pabellones temáticos.
- Audiencias públicas participativas virtuales.
- Observatorios ciudadanos.
- Tiendas temáticas o sectoriales.
- Reuniones zonales.
- Asambleas comunitarias.
- Blogs.
- Teleconferencias interactivas.
- Redes sociales.

Para divulgar la información en el proceso de rendición de cuentas la entidad no utilizó los siguientes medios:

- Mensajes de texto.
- Radio.
- Televisión.
- Prensa.
- Aplicación móvil.
- Boletines impresos.
- Carteleras.
- Reuniones.
- Centros de documentación.

En su proceso de rendición de cuentas, la entidad no divulgó información sobre los siguientes temas:

- Trámites.
- Espacios de participación en línea.
- Espacios de participación presenciales.
- Oferta de información en canales electrónicos.
- Oferta de información en canales presenciales.
- Enfoque de derechos humanos en la rendición de cuentas.

Los siguientes grupos de valor no participaron en las acciones de diálogo presencial:

- Academia.
- Gremios.
- Órganos de control.
- Veedurías ciudadanas.
- Organizaciones no gubernamentales.
- Órganos internos (Asamblea, Junta Directiva, Junta de accionistas).

Los resultados de la participación de los grupos de valor en la gestión institucional no permitieron mejorar las siguientes actividades:

- Elaboración de normatividad.
- Formulación de la planeación.
- Formulación de políticas, programas y proyectos.

- Ejecución de programas, proyectos y servicios.
- Racionalización de trámites.

Frente a los resultados de la participación de los grupos de valor la entidad no utilizó los siguientes medios para retroalimentarlos:

- Publicación en su página web.
- Comunicación directa a los grupos de valor que participaron.

Como resultado de los ejercicios de rendición de cuentas realizados por la entidad no:

- Identificó debilidades, retos, u oportunidades institucionales.
- Implementó acciones de mejoramiento.
- Incrementó la participación ciudadana.

Frente a los ejercicios de rendición de cuentas:

- La entidad no realizó evaluación de satisfacción a los grupos de valor frente a los ejercicios de rendición de cuentas.

Las acciones de diálogo presenciales implementadas por la entidad no permitieron:

- Generar una evaluación de la gestión pública por parte de los grupos de valor.
- Que el equipo directivo interactuara directamente con los grupos de valor.
- Establecer acuerdos con los grupos de valor sobre acciones para mejorar la gestión institucional.

## EVULACIÓN DE RESULTADOS Resultados

	Resultado
<b>Evaluación de Resultados</b>	
Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	68.4751701582595

### 11 Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

Frente a la política de seguimiento y evaluación del desempeño institucional la entidad no ha:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Los indicadores utilizados por la entidad para hacer seguimiento y evaluación de su gestión no:

- Son estimados con la periodicidad establecida.
- Pueden ser consultados de manera oportuna por los servidores de la entidad.
- Son insumos para la toma de decisiones.
- Son revisados y mejorados continuamente.

El área o responsable de consolidar y analizar los resultados de los indicadores de la gestión institucional de la entidad no:

- Genera alertas oportunas al equipo directivo para la toma de decisiones.
- Hace recomendaciones al equipo directivo.

A partir del análisis de los indicadores de la gestión institucional, el equipo directivo no:

- Evalúa la calidad de la planeación.
- Define acciones de intervención para asegurar los resultados.
- Ajusta los procesos que intervienen en el logro de los resultados.

Frente a los grupos de valor y los resultados institucionales:

- La entidad no realiza evaluación sobre la percepción de los grupos de valor frente a la resolución de sus problemas.

## INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN Resultados

	Resultado
<b>Información y Comunicación</b>	
Política de Gestión Documental	70.6296257499247
Política de Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	69.4666311452076

### 12 Política de Gestión Documental

Frente a la política de gestión documental la entidad no:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

La entidad no utilizó el diagnóstico de gestión documental para:

- Elaborar el Plan Institucional de Archivos -PINAR.
- Elaborar el Plan Estratégico de la entidad.
- Elaborar el Plan de Acción Anual.
- Hacer auditoría de la gestión documental.
- Diseñar estudios previos y adelantar procesos contractuales.
- Solo se elaboró el documento sin utilizarlo para otro fin.

Frente al proceso de planeación de la función archivística, la entidad no:

- Tiene actividades planeadas.
- Elaboró y aprobó el Plan institucional de archivos - PINAR.
- Tiene actividades de gestión documental incluidas en la planeación estratégica.
- Tiene proyectos sobre gestión documental inscritos o en desarrollo.

Frente a la producción de documentos (recepción y generación) la entidad no:

- Genera y controla un consecutivo único para cada tipo de acto administrativo.
- Identifica los archivos de Derechos Humanos y del Derecho Internacional Humanitario considerados de conservación permanente en los instrumentos archivísticos respectivos para evitar su eliminación.

La entidad no ha publicado en su portal web:

- La Entidad no ha elaborado, aprobado, implementado o publicado en el sitio web de su entidad en la sección de Transparencia su Política de Gestión Documental.

- La Entidad no ha elaboradó, aprobadó, implementadó o publicadó en el sitio web de su entidad en la sección de Transparencia su Tabla de Retención Documental.
- La entidad no lo ha elaborado y públicado en su página web el Cuadro de Clasificación Documental CCD.
- La Entidad no ha elaboradó, aprobadó, implementadó o publicadó en su sitio web oficial su Documento del Sistema Integrado de Conservación - SIC.

Frente al Fondo Documental Acumulado, la entidad no ha:

- creado sus Fondos Documentales Acumulados - FDA.
- Realizado ninguna acción para organizar el Fondo Documental Acumulado.
- Realizado el inventario en su estado natural del fondo documental acumulado.
- Elaborado las Tablas de Valoración Documental - TVD.
- Aporbado las Tablas de Valoración Documental - TVD.
- Tramitado el proceso de convalidación de la TVD.
- Publicadó las Tablas de Valoración Documental - TVD.
- Implementado las Tablas de Valoración Documental - TVD.

Frente a las TDR y el proceso de inventariado, se encuentra que:

- La Tabla de Retención Documental no está actualizada y refleja una estructura que no está vigente.

Frente a los criterios y acciones para la transferencia de archivos al central, la entidad no ha:

- Aplicado la TRD.

Frente a la conservación documental de los soportes físicos, la entidad durante lo corrido del año no ha:

- Realizado capacitación y sensibilización en referencia a la conservación documental.
- Realizado saneamiento ambiental de áreas de archivo (fumigación, desinfección, desratización, desinsectación).
- Realizado monitoreo y control (con equipos de medición) de condiciones ambientales.
- Realizado actividades de prevención de emergencias y atención de desastres en archivos.
- Elaboradó el programa de conservación preventiva.
- Incluídó el Programa de Conservación Preventiva.

Frente a la preservación digital a largo plazo de documentos digitales y/o electrónicos de archivo, la entidad no ha:

- Realizado actividades de preservación.
- Identificado los documentos electrónicos que genera la entidad y que son susceptibles de preservar a largo plazo.

- Definido estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing) para garantizar que la información que produce esté disponible a lo largo del tiempo.
- Ejecutado y documentado estrategias de preservación digital (migración, conversión, refreshing) para garantizar que la información que produce, esté disponible a lo largo del tiempo.
- Elaborado el Plan de Preservación Digital.
- Elaborado e implementado el Plan de Preservación Digital.

Frente a los documentos electrónicos:

- La Entidad en su sistema de gestión de documentos electrónicos no tiene parametrizado las tablas de control de acceso.

Frente a la alineación de la gestión documental con la política de gestión ambiental y de conservación de archivos, la entidad no ha:

- Realizado acciones para el manejo de residuos de procesos de la gestión documental.
- Establecido criterios específicos para la disposición final de documentos.
- Realizado la disposición final de documentos.

## 13 Política de Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción

En su Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la entidad no se le hizo seguimiento a los siguientes componentes:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Las respuestas que la entidad da a las solicitudes de información hechas por los ciudadanos no:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

La entidad no registra la información de las actividades de sus procesos a través de:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

La comunicación de la entidad no se caracteriza por permitir el flujo de información en doble vía entre:

- La entidad con la academia.
- La entidad con medios de comunicación.

La entidad no publica en la sección "transparencia y acceso a la información pública" de su sitio web oficial:

- Planes estratégicos, sectoriales e institucionales según sea el caso.
- Mecanismos para la participación de los ciudadanos, grupos de valor o grupos de interés en la formulación de políticas.
- Entes de control que vigilan la entidad.

- Políticas de seguridad de la información del sitio web y protección de datos personales.
- Información sobre los grupos étnicos en el territorio.
- Respuestas de la entidad a las solicitudes de información.
- Directorio de agremiaciones, asociaciones, entidades del sector, grupos étnicos y otros grupos de interés.
- Calendario de actividades.
- Ofertas de empleo.

Con relación a la gestión y planeación de los componentes de información la entidad no:

- Definió un esquema de Gobierno de los componentes de información.
- Definió una metodología para el diseño de los componentes de información.
- Definió un esquema para el analisis y aprovechamiento de los componentes de información.

En el Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial, la Entidad no ha documentado del catálogo de componentes de información el(los):

- Catálogo o directorio de datos (abiertos y georreferenciados).
- Catálogo de información.
- Catálogo de flujos de información.

Frente al Comité de Desempeño y Gestión Institucional y la privacidad de la información, la entidad:

- La entidad no cuenta con un acto administrativo a través del cual se crean o modifican las funciones del comité de gestión y desempeño institucional o el que haga sus veces, donde se incluyan los temas de seguridad y privacidad de la información.

## GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN Resultados

	Resultado
<b>Gestión del Conocimiento y la Innovación</b>	
Eficacia del análisis de datos para mejorar la gestión institucional	61.4197653136026
Fomento de espacios de gestión del conocimiento para generar soluciones innovadoras	58.0261287264327
Aprendizaje institucional y adaptación a nuevas tecnologías	69.70614295023709

Frente a las acciones que generan una gestión adecuada del conocimiento y la innovación, la entidad no ha:

- Previsto la automatización de procesos y/o procedimientos, ni realizar la revisión desde la perspectiva funcional.
- Conformado un equipo para el análisis de datos.
- Incorporado dentro de los contratos de desarrollo de sistemas de información, cláusulas que obliguen a realizar transferencia de derechos de autor a su favor.

La entidad no ha incorporado soluciones tecnológicas para la gestión de documentos con base en:

- El análisis de los procesos de la entidad.

El conocimiento adquirido por los servidores de la entidad a través del ejercicio de sus funciones no es:

- Identificado.
- Analizado.
- Clasificado.
- Documentado.
- Difundido.

La información generada por el equipo de análisis de datos (o quién haga sus veces) no le ha permitido a la entidad:

- Generar información útil para la entidad.
- Tomar decisiones estratégicas soportadas en información estadísticamente significativa.
- Tomar decisiones estratégicas soportadas en información oportuna.
- Generar propuestas innovadoras orientadas a mejorar la gestión institucional.

## CONTROL INTERNO Resultados

	Resultado
<b>Control Interno</b>	
Ambiente de control	66.924064502536
Evaluación de riesgo	67.3561281526906
Actividades de control	69.3557533442165
Información y comunicación para el control	69.0580995048182
Actividades de monitoreo	73.864660440713

Frente a la estrategia implementada por la entidad para promover la integridad en el actuar de sus servidores, la auditoría interna no verifica:

- Si la estrategia alcanzó a todos los servidores (cobertura).
- Disminución del número de procesos disciplinarios después de la aplicación.
- Reducción de PQRSD relacionadas con la conducta de los servidores.
- Disminución de los conflictos entre servidores.

El Sistema de Control Interno no se ha mejorado a partir de:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

La información generada por la Auditoría interna no le permite al equipo directivo:

- Tomar decisiones basadas en evidencia.

La auditoría interna no evalúa ni proporciona información sobre la eficiencia y eficacia de políticas y procesos tales como:

- Prácticas de reclutamiento.
- Planes de bienestar e incentivos.

A partir de la política de administración del riesgo, los gerentes públicos y los líderes de los procesos no:

- Identifican los riesgos claves que afectan el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad.
- Evalúan la efectividad de los controles.
- Realizan el seguimiento al mapa de riesgos con la periodicidad definida.

Frente a los responsables designados para el seguimiento y monitoreo de los riesgos de la entidad no ha:

- Verificado si la implementación de los controles evita la materialización de riesgos.
- Documentado las acciones de seguimiento y monitoreo del riesgo.

- Consolidado ni realizado el seguimiento a los mapas de riesgo establecidos por los gerentes públicos y los líderes de los procesos.

La auditoría interna no define su plan anual de auditoría a partir de:

- Revisión de las PQRS.
- Evaluación de la satisfacción de los grupos de valor.

Los controles definidos por la entidad para mitigar los riesgos no incluyen:

- Propósito del control.
- Descripción detallada de la operación del control.
- Manejo de las desviaciones del control.

Los controles establecidos en los mapas de riesgos no le han permitido a la entidad mitigar la materialización de riesgos:

- Judiciales.
- De seguridad y privacidad de la información.

Producto de las auditorías internas, la oficina de control interno o quien hace sus veces no genera recomendaciones a la entidad sobre:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Producto de las auditorías internas no se generan recomendaciones sobre:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

La autoevaluación del Sistema de Control Interno implementada por los gerentes públicos (gerentes operativos) o por los líderes de los procesos, programas o proyectos (primera línea de defensa), no le permite a la entidad:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

Los planes resultantes de las auditorías internas no contemplan:

- La entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el ítem.

La oficina de control interno de la entidad o quien hace sus veces no cuenta con:

- El personal suficiente para desarrollar el proceso de auditoría interna.
- Los recursos suficientes para atender de manera adecuada la labor que le ha sido encomendada.