

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 LOTERÍA DE BOGOTÁ 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: 66.38091140156431
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
Talento Humano	
Calidad de la planeación estratégica del talento humano	64.47838152845149
Eficiencia y eficacia de la selección meritocrática del talento humano	59.1268901813399
Desarrollo y bienestar del talento humano en la entidad	64.3985717396224
Desvinculación asistida y retención del conocimiento generado por el talento humano	.
Política de Integridad	65.1048812553513

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 no cuenta con la caracterización de todos sus servidores, ni está en capacidad de generar reportes de forma inmediata sobre características demográficas (edad, género, estudios, experiencia laboral, personas sindicalizadas, idiomas, etnia, discapacidad, orientación sexual).
- La entidad no cuenta con la caracterización de todos sus servidores, ni está en capacidad de generar reportes de forma inmediata sobre características de la planta de personal (vacantes definitivas, vacantes temporales, tiempo de provisión de vacantes, perfiles de empleos, funciones de empleos).

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:

- Considera los aspectos claves (requisitos) para garantizar su buen desempeño.
- Selecciona el personal idóneo acorde con sus competencias.

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

- Verifica que los candidatos cumplan a cabalidad con los requisitos del cargo.
- 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:

- Se realiza un diagnóstico de las necesidades de capacitación.
- Se priorizan las necesidades identificadas.
- Se llevan a cabo procesos de reinducción a los servidores.
- Se realiza inducción a servidores nuevos.

Frente al clima laboral:

- La Entidad no realiza mediciones del clima organizacional.
- La Entidad no ha implementado mejoras a partir de las mediciones del clima organizacional.

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

- La entidad no ha generado oportunidades para que los servidores de carrera puedan acceder a empleos de gerencia pública en encargo o comisión.

Frente a las evaluaciones de desempeño:

- La Entidad no realiza valoraciones de los resultados de las evaluaciones del desempeño y de los acuerdos de gestión.
- Los resultados de la evaluación de desempeño laboral y de los Acuerdos de Gestión (o evaluación de desempeño de los gerentes) no son coherentes con el cumplimiento de las metas de la entidad.

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 no cuenta con mecanismos para transferir el conocimiento de los servidores que se retiran.
- La Entidad no cuenta con mecanismos suficientes y adecuados para transferir el conocimiento de los servidores que se retiran.

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.
- Implementar estrategias para socializar y apropiar el Código de Integridad.

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
Direccionamiento Estratégico y Planeación	
Política de Planeación Institucional	71.336422051594

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):

- Las necesidades o problemas de sus grupos de valor.
- Necesidades o problemas de los grupos étnicos.
- Los ejercicios o iniciativas de participación con sus grupos de valor.

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

- Actualizar la información.
- Recopilar, organizar y documentar la información sobre grupos étnicos.

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

- Identificación de las necesidades de los grupos de valor.

3.2 Diagnóstico y capacidades de entorno

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

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

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:

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

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

- 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:

- No se presenta una correlación positiva entre los objetivos estratégicos del plan de desarrollo con los indicadores estimados de producto y de meta financiera de la entidad.

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:

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

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:

- Los lineamientos impartidos por la autoridad competente (Ministerio de Hacienda, Secretarías de Hacienda, DNP).
- La operación de los procesos no permite generar oportunamente bienes y servicios para resolver las necesidades de los grupos de valor.

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

- Resultados de los espacios de participación y/o rendición de cuentas con ciudadanos.
- Espacios de concertación y consulta con grupos étnicos.

Frente a la gestión de recursos físicos y servicios internos:

- La entidad no utiliza el SECOP II como plataforma para hacer sus procesos de contratación.
- La entidad no utiliza la Tienda Virtual del Estado Colombiano para hacer compras de los bienes y servicios de características técnicas uniformes disponibles en la plataforma.

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.
- Durante la vigencia fiscal, en la entidad se realizan recortes, aplazamientos o supresiones afectando el presupuesto anual, de manera que en la ejecución efectiva del gasto de la respectiva vigencia no se respeten los límites del gasto.

6 Política de Gobierno Digital

6.1 Seguridad de la información

Frente al tratamiento de la seguridad en la información:

- La entidad no realiza la identificación, análisis y evaluación de los riesgos de seguridad y privacidad de la información conforme a la metodología planteada por la entidad.

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

- Define los objetivos y da alcance a todos los procesos de la entidad.

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.
- Asignación de recurso humano altamente capacitado.
- Identificación de los controles adecuados.
- 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:

- La determinación de las posibles acciones correctivas derivadas de los hallazgos o debilidades identificadas en la evaluación del desempeño de la seguridad y privacidad de la información al interior de la entidad.
- La implementación de acciones correctivas y los planes de mejora de la seguridad y privacidad de la información al interior de la entidad.
- 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.

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.
- El plan de tratamiento del riesgo establecido.
- Una declaración de aplicabilidad definida.

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 cuenta con un catálogo de servicios de TI.
- La Entidad no utiliza una metodología para la gestión de proyectos TI.
- La entidad no posee mecanismos para asegurar la trazabilidad sobre las transacciones realizadas en los sistemas de información. Se realiza en el 5 por ciento o menos de los sistemas que posee.
- La entidad nunca ha aplicado metodologías de evaluación de alternativas de solución y/o tendencias tecnológicas para la adquisición de servicios y/o soluciones de TI.

El Plan Estratégico de TI (PETI) no incluye:

- El portafolio o mapa de ruta de los proyectos.
- La proyección del presupuesto.
- El entendimiento estratégico.
- Todos los dominios del Marco de Referencia.

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

- Políticas de TI.
- Instancias de decisión de TI.

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

- Utilizó Acuerdos Marco de Precios para bienes y servicios de TI.
- 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.
- Definición de indicadores de monitoreo y evaluación del PETI.
- Medición de indicadores de monitoreo y evaluación del PETI.
- 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.
- Definición de acuerdos de nivel de servicio para los servicios tecnológicos prestados por terceros.
- Seguimiento a los acuerdos de nivel de servicio para los servicios tecnológicos prestados por terceros.
- Implementación de herramientas de gestión para el monitoreo y generación de alarmas tempranas sobre la continuidad y disponibilidad de lo servicios.
- Proyección de la capacidad de los servicios tecnológicos.
- Revisión periódica de los compromisos establecidos para ejecutar el plan de tratamiento de riesgos a la seguridad de la información.
- Seguimiento a la efectividad de los controles a los riesgos a la seguridad de la información.
- Determinación de la eficacia en la gestión de incidentes de seguridad de la información en la entidad.
- Formulación del plan de seguimiento, evaluación y análisis de resultados del MSPI, teniendo en cuenta los indicadores de gestión y cumplimiento.
- 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.
- Seguimiento y control a la implementación del MSPI, por parte del comité de gestión y desempeño institucional o el que haga sus veces.

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 misionales.
- Sistemas de información de soporte.
- Sistemas de información estratégicos.
- Portales digitales.

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

- Implementó actividades para la gestión del control de cambios sobre los sistemas de información.
- Estableció ambientes de pruebas y producción independientes, para asegurar la correcta funcionalidad de los sistemas de información.

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

- Elaboró el catálogo de sistemas de información.
- Definió los diagramas de interacción e interoperabilidad de sus sistemas de información.
- Documentó las arquitecturas de solución de sus sistemas de información.

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

- Implementó procesos de mantenimiento preventivo.
- Implementó procesos de mantenimiento correctivo.

6.3 Servicios ciudadanos digitales

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

- Sugerencia significativa.
- Características sensoriales.
- Uso del color.
- Teclado.
- Sin trampas para el foco del teclado.
- Tiempo ajustable.
- Poner en pausa, detener, ocultar.
- Evitar bloques.
- Titulado de páginas.
- Orden del foco.
- Propósito de los enlaces (en contexto).
- Idioma de la página.
- Al recibir el foco.
- Al recibir entradas.
- Identificación de errores.
- Etiquetas o instrucciones.
- Procesamiento.
- Nombre, función, valor.

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

- El sitio web de la entidad permite el ingreso a través de diferentes navegadores como Google Chrome, Internet Explorer, Mozilla, entre otros (Independencia de navegador).
- 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 no cuenta con ventanas emergentes en ningún nivel de navegación.
- El sitio web no tiene vínculos rotos.
- El cuerpo de texto no supera los 100 caracteres por línea (Ancho del cuerpo de texto).
- En ningún contenido del sitio web existen textos subrayados para destacar, excepto si son enlaces a otros contenidos (Texto subrayado).
- 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).
- Es clara la correspondencia entre el título del campo en los formularios y el espacio dispuesto para el ingreso de la información.
- 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:

- 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.
- Divulgación y comunicación interna de los proyectos de TI.
- Formulación de un plan de capacitación, sensibilización y comunicación de las políticas y buenas prácticas que mitiguen los riesgos de seguridad de la información a los que están expuestos los funcionarios.
- Divulgación de las políticas, buenas prácticas o directrices relacionadas con seguridad de la información a través de sitio Web o Intranet.
- 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...).
- Divulgación de las políticas, buenas prácticas o directrices relacionadas con seguridad de la información a través de medios digitales (e-learning, correo, pantallas, etc...).
- Formulación del plan de comunicación, sensibilización y capacitación en lo referente a seguridad y privacidad de la información.

- Ejecución del plan de comunicación, sensibilización y capacitación en lo referente a seguridad y privacidad de la información, sin tener en cuenta la caracterización de grupos focales (Usuarios, Directivos, Técnicos y Terceros).
- 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).

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

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

- Implementó procesos de mantenimiento preventivo.
- Implementó procesos de mantenimiento correctivo.

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

8 Política de Servicio al Ciudadano

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

- No aprobó presupuesto para la atención de grupos étnicos.

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

- Implementa procedimientos claros y precisos para la gestión de las PQRSD recibidas.
- 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:

- Cuenta con un área o responsables de la atención a grupos étnicos.
- Asegura la implementación de las acciones definidas en plan institucional para dichos grupos.
- Evalúa la satisfacción de los grupos étnicos.
- Recomienda acciones orientadas a mejorar la atención a 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.

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

- Planes de Desarrollo.
- 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:

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

10 Participación Ciudadana en la Gestión Pública

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

- Academia.
- 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.

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.
- 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:

- Realizar actividades de rendición de cuentas.
- 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:

- La divulgación y publicación de información.
- 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.
- Mesas de diálogo regionales o temáticas.
- 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.
- Redes sociales.
- Radio.
- Televisión.
- Prensa.
- Correo electrónico.
- Aplicación móvil.
- Boletines impresos.
- 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.
- Conjuntos de datos abiertos disponibles.
- Avances y resultados de la gestión institucional.
- Enfoque de derechos humanos en la rendición de cuentas.

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

- Academia.

- 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.
- Rendición de cuentas.
- Racionalización de trámites.
- Solución de problemas a partir de la innovación abierta.

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.
- Divulgó las acciones de mejoramiento a los ciudadanos, usuarios o grupos de interés.
- 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.
- El nivel de satisfacción de los grupos de valor frente al ejercicio de rendición de cuentas de la entidad fue muy bajo.
- El nivel de satisfacción de los grupos de valor frente al ejercicio de rendición de cuentas de la entidad fue bajo.

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.
- La participación de diversos representantes de los grupos de valor.

EVULACIÓN DE RESULTADOS Resultados

	Resultado
Evaluación de Resultados	
Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	64.3385308307691

11 Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional

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

- Realizado el monitoreo y evaluación del impacto social y económico de la ejecución de los proyectos de inversión contemplados en el plan de desarrollo.

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

- Permiten identificar las desviaciones en las metas e implementar acciones para asegurar el logro de los resultados.

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

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

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

- 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:

- Los grupos de valor perciben que sus necesidades y problemas no fueron resueltas por la entidad.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN Resultados

	Resultado
Información y Comunicación	
Política de Gestión Documental	73.392799915401
Política de Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	68.42787694654049

12 Política de Gestión Documental

Frente a la política de gestión documental la entidad no:

- Cuenta con un inventario de activos de información acorde a la metodología que ha escogido.

La entidad no utilizó el diagnóstico de gestión documental para:

- Elaborar el Plan Estratégico de la entidad.
- Elaborar el Plan de Acción Anual.
- Hacer auditoria 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:

- Elaboró y aprobó el Plan institucional de archivos - PINAR.
- Tiene actividades de gestión documental incluidas en la planeación estratégica.

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

- Tiene normalizados las formas y formatos para elaborar documentos.
- 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 lo ha elaborado y publicado 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:

- 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 entidad cumple con todos los requisitos exigidos en el item.

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

- Dedicado espacio insuficiente ni se entregó inventariado los archivos.

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 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:

- 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 no crea expedientes electrónicos de archivo atendiendo las series documentales y los cuadros de clasificación documental adoptados por la misma Entidad.

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.
- Elaborado el documento del Sistema Integrado de Conservación - SIC.

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

- Información sobre los grupos étnicos en el territorio.
- Respuestas de la entidad a las solicitudes de información.

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 análisis 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 servicios 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
Gestión del Conocimiento y la Innovación	
Eficacia del análisis de datos para mejorar la gestión institucional	70.20565869817391
Fomento de espacios de gestión del conocimiento para generar soluciones innovadoras	56.6037360626697
Aprendizaje institucional y adaptación a nuevas tecnologías	61.4566059575591

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

- Conformado un equipo para el análisis de datos.
- Utilizado el estándar GEL-XML en la implementación de servicios para el intercambio de información con otras entidades.

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

- Criterios de seguridad, disponibilidad y conservación de los documentos.

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
Control Interno	
Ambiente de control	70.8372625455972
Evaluación de riesgo	61.8352936592474
Actividades de control	69.0530487364162
Información y comunicación para el control	70.3824327811738
Actividades de monitoreo	64.8703630659837

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

- El cumplimiento de las actividades programadas.
- 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 autoevaluación que realizan los gerentes públicos (gerentes operativos) o los líderes de los procesos, programas o proyectos (Primera línea de defensa).
- El seguimiento y monitoreo efectuado por: oficinas de planeación, comités de riesgo, los supervisores o coordinadores de otros sistemas que existan en la entidad (Segunda línea de defensa).

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

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

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

- Políticas de recursos humanos.
- Prácticas de reclutamiento.

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

- Evalúan la efectividad de los controles.
- Establecen las acciones para mejorar los controles existentes o crear nuevos 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 la ejecución de los controles tal y como fueron diseñados.
- Verificado si la implementación de los controles evita la materialización de riesgos.
- Propuesto acciones preventivas.
- Los supervisores e interventores no realizan seguimiento a los riesgos de los contratos e informan las alertas a que haya lugar.
- 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:

- Análisis del nivel de riesgo de los procesos o proyectos.
- Solicitudes del equipo directivo.
- Resultados de auditorías previas.
- Revisión de las PQRSD.
- Evaluación de la satisfacción de los grupos de valor.

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

- Propósito del control.
- Frecuencia del control.
- Manejo de las desviaciones del control.
- Evidencia del control.

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

- Judiciales.
- Contractuales.
- Financieros.
- Administrativos.
- De seguridad y privacidad de la información.
- Operativos.

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:

- Identificar los puntos fuertes y débiles del Sistema de Control Interno.
- Fortalecer la cultura del autocontrol.

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.