

PERIODO DE EJECUCIÓN

Entre los días 10 al 31 de agosto de 2020, se llevó a cabo auditoría a la gestión de riesgos de la Secretaría General, de acuerdo con lo programado en el Plan Anual de Auditoría aprobado para el 2020.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la gestión de riesgo por parte de las dependencias de la entidad, en línea con lo establecido en la Política de administración de riesgos, así como procedimiento de Gestión de Riesgos y Guías de administración de riesgos de la entidad, mediante la verificación de los criterios contemplados para la identificación de riesgos, el diseño, aplicación y evaluación de la efectividad de los controles.

Verificar las acciones definidas para el tratamiento de los riesgos con calificación moderada, alta y extrema, como los mecanismos de seguimiento y monitoreo a los riesgos, incluidas las medidas adoptadas por las dependencias frente a la materialización de los eventos de riesgo.

ALCANCE

Verificar mediante una muestra selectiva la gestión, tratamiento y monitoreo a los riesgos clave de los procesos de la entidad, definidos en la matriz de riesgos institucional vigente, proceso auditor realizado para el periodo comprendido entre enero y julio de 2020.

EQUIPO AUDITOR

Jefe Oficina de Control Interno / Jorge Gómez Quintero – Diana Constanza Ramirez y Yeimy Paola Ladino Pardo/Profesionales Especializados.

METODOLOGÍA APLICADA

Para el desarrollo de la auditoría, se aplicaron las técnicas de auditoría internacionalmente aceptadas para el desarrollo de las pruebas seleccionadas y se utilizó como parámetro de evaluación la metodología definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública de la *Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*.

MARCO NORMATIVO

- Política de Administración del Riesgo, versión 3 del 30 de julio de 2020, de la Secretaría General.
- Procedimiento Gestión del Riesgo, versión 6 del 22 de julio de 2019
- Procedimiento Acciones correctivas, preventivas y de mejora, versión 09 de diciembre de 2019.
- Guía para la administración de riesgos de gestión y corrupción en los procesos, versión 1 del 22 de julio de 2019, de la Oficina Asesora de Planeación.
- Manual operativo MIPG, versión 3 de diciembre de 2019 del DAFP).
- Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles del DAFP, versión 4.
- Documento “Perfil de riesgo en una organización, basado en el nuevo marco Coso ERM – 2017”.
- Norma Técnica Colombiana NTC ISO 3100. Gestión de Riesgos y Directrices.

CONCLUSIÓN

Como resultado de la evaluación practicada a la gestión de riesgo realizada por las dependencias de la entidad de conformidad con el Mapa de Riesgos Institucional, se concluye a través de las muestras seleccionadas de riesgos en 18 procesos de los 22 existentes que, en términos generales la Secretaria General gestiona sus riesgos de manera adecuada. No obstante, a lo anterior, existen oportunidades de mejora principalmente relacionadas con:

- Presentar a la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (Línea Estratégica) para su monitoreo los cambios significativos que se produzcan a los mapas de riesgos y el nivel de desarrollo de los sistemas de administración de riesgos en los subsistemas de gestión, así como la definición del perfil de riesgo por proceso y a nivel entidad.
- Fortalecer la identificación de riesgos, dado que para el 33% de los 18 riesgos evaluados, se observó que es susceptible de mejora la identificación de los riesgos frente a las características o atributos del objetivo del proceso, situación que, ante una inadecuada identificación de riesgos, pueden afectar el normal cumplimiento de los objetivos del proceso o de los estratégicos.
- Frente a la solidez de los controles, se observó que el 41% de los 32 controles evaluados, es objeto de mejorar la relación de las causas frente a los controles establecidos, es decir, existen causas que no tienen un control que las mitigue, o controles definidos que no están interrelacionados con ninguna de las causas identificadas y que ocasionan que se materialice el riesgo.
- En cuanto a la evaluación al diseño de controles, a través de una muestra de ellos, se pudo confirmar un cumplimiento promedio de los criterios del 75%, encontrándose susceptible de mejora el 25% relacionados principalmente con la segregación de funciones y autoridad del responsable, claridad frente al propósito y la descripción del cómo se aplica el control, aspectos relevantes para la adecuada mitigación del riesgo.
- Es importante contemplar controles automáticos empleados en los procesos, dentro de la matriz de riesgos institucional, que contribuyen a fortalecer la seguridad de la información administrada de actividades y operaciones y reducir el costo asociado a la generación de bienes y servicios, la probabilidad de materialización de riesgos de fraude y corrupción e incrementa la eficacia de los procesos.
- En relación con la efectividad de los controles para mitigar el riesgo en los procesos, las dependencias vienen ejecutando de manera cuatrimestral el seguimiento a sus riesgos de gestión, con reporte a la Oficina Asesora de Planeación, informando en dicho reporte aspectos asociados con modificaciones al contexto de la gestión del proceso, seguimiento a las acciones definidas para el tratamiento de riesgos, materialización de riesgos y necesidad de gestionar otros riesgos. Sin embargo, consideramos como mejora para los riesgos de gestión la adopción de la metodología empleada por la OAP para el monitoreo periódico de los riesgos de corrupción, enfocada a evaluar los soportes que sustentan la operatividad y efectividad de los controles.

- Frente al tratamiento de los riesgos, la entidad viene trabajando en la definición de acciones preventivas para aquellos casos en los cuales la calificación de los riesgos en su valorización final es moderada, alta o extrema. No obstante, es susceptible de mejora, la definición de acciones orientadas a fortalecer el diseño de los controles ya empleados o a la definición de unos nuevos controles, así como el seguimiento a las acciones registradas en el Sistema Integrado de Gestión, como producto de la evaluación cuatrimestral realizado por la OAP.
- Finalmente, la Oficina Asesora de Planeación informó que a 31 de julio de 2020 se materializaron 4 riesgos, correspondientes a los procesos de Fortalecimiento de la administración y la gestión pública distrital, Gestión de servicios administrativos, Gestión documental interna y Gestión Estratégica de Talento Humano, para las cuales se formularon las respectivas acciones de mejora sujetas de seguimiento en el SIG, siendo necesario el correspondiente registro y seguimiento de las acciones para el proceso de Fortalecimiento de la administración y la gestión pública distrital, ya que al cierre de auditoría no se encontraban registradas en este aplicativo.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

A continuación, se presentan los aspectos observados, recomendaciones formuladas y oportunidades de mejora planteadas producto de la auditoría, las cuales tienen como propósito contribuir a fortalecer el proceso de gestión de riesgos de la Secretaría General.

1. Cumplimiento Política de Administración del riesgo de la Secretaría General

Política de administración del riesgo: En la línea estratégica. La alta dirección y el comité institucional de coordinación de control interno deben realizar monitoreo periódico a los cambios significativos que se presenten a los mapas de riesgos, y el nivel de desarrollo de los sistemas de administración de riesgos en los subsistemas de gestión (calidad, seguridad de la información, ambiental y seguridad y salud en el trabajo), así como a la efectividad de las acciones emprendidas para los eventos de riesgos con impacto significativo o material.

Oportunidad de mejora No.1:

Solicitado a la Oficina Asesora de Planeación la confirmación de si durante lo corrido de la presente vigencia, se ha presentado a la Alta Dirección y al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, la evolución o el nivel de desarrollo de los sistemas de administración de riesgo de la entidad, se obtuvo como respuesta, que en sesión del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno realizada el 30 de julio de 2020, se presentó propuesta de actualización de la Política de administración del riesgo, la cual fue aprobada.

No obstante, dicha propuesta correspondió a la incorporación en la mencionada Política, del párrafo “y *normatividad vigente respecto a la materia*”, aspecto aplicable a los riesgos de contratación, cambio que no considera un panorama general sobre el nivel de desarrollo de la gestión del riesgo en la Entidad y sobre los cambios significativos presentados en los mapas de riesgos, tal y como lo indica la Política de Administración de Riesgos de la Secretaría General. Se precisa que, en respuesta dada por la OAP, informan que se tiene previsto presentar otras temáticas asociadas con la gestión de riesgo, durante la revisión al sistema de gestión de la calidad por la dirección, para el mes de septiembre de 2020.

Por lo anterior, se sugiere a la Oficina Asesora de Planeación, considerar llevar a instancias del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y presentar a la Alta Dirección, resultados y/o avances obtenidos de las actividades de monitoreo que se adelantan cuatrimestralmente a los mapas de riesgo y a el nivel de desarrollo de los sistemas de administración de riesgos en el subsistema de gestión de calidad.

Observación No. 1:

La Política de Administración de Riesgos contempla como función de la segunda línea de defensa lo siguiente; *Revisar el perfil de riesgo inherente y residual por cada proceso y consolidado, y pronunciarse sobre cualquier riesgo que esté por fuera del perfil de riesgos de la entidad.*

Conforme a lo anterior, se consultó a la Oficina Asesora de Planeación cuál es el perfil de riesgo de la entidad, observando que a la fecha no se ha determinado el perfil de riesgo por proceso a nivel de la entidad, solo se ha establecido perfil de riesgo por cada riesgo, aspecto que resulta esencialmente necesario para apoyar a la administración a considerar el tipo, la severidad y las interdependencias de los riesgos, y como pueden afectar el desempeño en relación con la estrategia y los objetivos de la entidad. Aplicando el perfil de riesgo por proceso la entidad puede gestionar de manera más efectiva los riesgos a los que se encuentran expuestos. Los elementos que se incorporan en el perfil de riesgo son; *Apetito al riesgo, Tolerancia al riesgo y Capacidad del riesgo.*

Recomendación:

Se considera importante que la Oficina Asesora de Planeación, en cumplimiento de la Política de Administración Riesgos Institucional, adelante la definición de perfil de riesgo por cada proceso, la cual conllevará a la definición del perfil de riesgo de la Secretaría General, lo que permitirá a la administración considerar el tipo, la severidad, y las interdependencias de los riesgos y como pueden afectar el desempeño en relación con la estrategia y los objetivos institucionales, lo anterior en línea con lo definido por el DAFP en su documento *-Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas-*, el cual establece *“Hacer seguimiento y pronunciarse por lo menos cada trimestre sobre el perfil de riesgo inherente y residual de la entidad, incluyendo los riesgos de corrupción y de acuerdo a las políticas de tolerancia establecidas y aprobadas”.*

2. Identificación de riesgos (diseño)

Oportunidad de mejora No. 2.

Revisada una muestra de 18 riesgos (detalle en anexo 1), a fin de determinar si la identificación de los mismos está relacionada directamente con las características y atributos de los objetivos de los procesos, se encontró en **6** de los casos evaluados, que representan el **33%**, que se puede mejorar la identificación de los riesgos frente a las características o atributos del objetivo del proceso, situación que ante una inadecuada definición pueden afectar el normal desarrollo de los objetivos del proceso como los estratégicos.

Al verificar si el riesgo de gestión está relacionado directamente con las características del objetivo del proceso, no en todos los casos, se evidenció esta relación, lo que demuestra que el riesgo identificado corresponde más a una causa o a una consecuencia, tal y como lo indica el (DAFP, 2018).

Se cita como ejemplo dos de los casos encontrados:

Tabla 1. Evaluación de las alineaciones del objetivo de los procesos frente al riesgo

OBJETIVO DEL PROCESO	RIESGO	OBSERVACIONES Y/O ANALISIS OCI
Estrategia de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones		
Elaborar e implementar el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (PETI), basado en la arquitectura empresarial de tecnología de información, que facilite el desarrollo de la estrategia y de la gestión de la Secretaría General, como también permitir el oportuno acceso a la información requerida por la entidad y los grupos de interés, considerando criterios de confiabilidad, seguridad de la información, eficiencia y oportunidad.	Omisión en la verificación del registro de activos de información	No es clara la alineación del riesgo frente a las características del objetivo del proceso como: oportuno acceso a la información, confiabilidad, seguridad de la información, eficiencia y oportunidad. En este sentido, se recomienda revisar la alineación del riesgo frente al objetivo, dado que la Omisión en la verificación del registro de activos parece ser más una causa.
Fortalecimiento de la Administración y la Gestión Pública Distrital		
Fortalecer la administración y la gestión pública distrital a través de políticas, lineamientos, estrategias, estudios e investigaciones orientadas a la modernización y mejora institucional.	Errores (fallas o deficiencias) al desarrollar y ejecutar los cursos y/o diplomados de formación	No es clara la alineación del riesgo frente a los atributos (fortalecer, modernización y mejora institucional) y características (políticas, lineamientos, estrategias, estudios e investigaciones) del objetivo del proceso. En este sentido, se recomienda revisar la alineación del riesgo frente a las características del objetivo.

Conforme a lo establecido por el Departamento Administrativo de la Función Pública en su Guía *para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*, se precisa que, para la identificación y redacción de los riesgos, los mismos deben estar relacionados directamente con las características de los objetivos del proceso, logrando así aportar al cumplimiento de los mismos.

Se recomienda a las dependencias relacionadas en la tabla anterior, Dirección de Desarrollo Institucional, Dirección Distrital de Archivo, Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones y Oficina Asesora de Planeación, revisar los objetivos del proceso identificando las características mínimas establecidas (específicas, medibles, alcanzables, relevantes y proyectado en el tiempo) para identificar de manera apropiada los riesgos o situaciones que pueden afectar el normal desarrollo de los objetivos del proceso o los estratégicos, y en el caso que aplica, realizar los ajustes correspondientes.

Así mismo, se sugiere a la Oficina Asesora de Planeación, revisar la metodología para la identificación de los riesgos considerando la relación de los riesgos frente a las características y atributos de los objetivos de los procesos, evitando que los riesgos queden redactados en términos generales de fallas o deficiencias, sino que genere en el lector la imagen del evento como si ya estuviera sucediendo (Según lo contempla la Guía de administración de riesgos del DAFP, año 2018).

3. Evaluación al Diseño de los Controles

Para la evaluación del diseño de los controles, se seleccionó una muestra de 18 riesgos de gestión, de 18 procesos de los 22 existentes, y se evaluaron 2 controles por cada riesgo (uno de probabilidad y uno de impacto), es decir, se evaluaron en total 32 controles. El detalle de los riesgos y controles seleccionados se pueden apreciar en **ANEXO 1** que hace parte integral de este informe.

La metodología utilizada para nuestra evaluación del diseño de los controles fue la definida por el Departamento Administrativo de la Función Pública de la *-Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas-*, cuyos criterios y ponderaciones se describen en la tabla 2

Observación No. 2:

Resultado de la evaluación del diseño a una muestra de 32 controles, aplicando los criterios y ponderaciones definidos en la metodología del DAFP, se estableció un cumplimiento promedio del 75% respecto a los criterios, lo que permite concluir que el 25% de los criterios para el diseño de las actividades de control, no se definen de manera adecuada. El detalle a continuación:

Tabla 2. Evaluación criterios y ponderaciones diseño de control - DAFP

Criterio de evaluación diseño del control DAFP	Opción de Respuesta al Criterio DAFP	Peso Evaluación-DAFP	# Riesgo Evaluados-OCI	Resultado Evaluación-OCI
Asignación del responsable	Asignado	15	25	78%
	No Asignado	0	7	
Segregación y autoridad del responsable	Adecuado	15	22	69%
	Inadecuado	0	10	
Periodicidad	Oportuna	15	29	91%
	Inoportuna	0	3	
Propósito	Prevenir	15	21	66%
	Detectar	10	10	
	No es control	0	1	
Cómo se realiza la actividad de control	Confiable	15	18	56%
	No Confiable	0	14	
Qué pasa con las observaciones o desviaciones	Se investiga oportunamente	15	30	94%
	No se investigan y resuelven oportunamente	0	2	
Evidencia de la ejecución del control	Completa	10	24	75%
	Incompleta	5	8	
	No Existe	0	0	
Resultado Evaluación de Controles				75%


Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles del DAFP. Evaluación Oficina de Control Interno.

De acuerdo con la calificación promedio del cumplimiento de los criterios de 75%, el diseño de los controles queda clasificada en el rango de *"Débil"*.

Tabla 3. Rango de Calificación del Diseño del Control

RANGO	RESULTADO – PESO EN LA EVALUACIÓN DEL DISEÑO DEL CONTROL
Fuerte	Calificación entre 96 y 100
Moderado	Calificación entre 86 y 95
Débil	Calificación entre 0 y 85

Fuente: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles del DAFP

 SECRETARÍA GENERAL	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO AUDITORÍA GESTION DEL RIESGO DE LA SECRETARIA GENERAL

De conformidad con el resultado de la evaluación, se encuentran debilidades en el 25% de los criterios para el diseño de los controles, los cuales se presentan a continuación:

- Responsable de la ejecución del control:** La guía del DAFP indica *“Persona asignada para ejecutar el control. Debe tener la autoridad, competencias y conocimientos para ejecutar el control dentro del proceso y sus responsabilidades deben ser adecuadamente segregadas o redistribuidas entre diferentes individuos, para reducir así el riesgo de error o de actuaciones irregulares o fraudulentas (...)”*.

Para seis (6) controles de los 32 evaluados, la responsabilidad de su ejecución, esta asignada a diferentes cargos con niveles de responsabilidad y autoridad distintas, por lo tanto, no es clara la responsabilidad y la segregación de funciones.

Se cita como ejemplo dos de estos casos encontrados:

Tabla 4. Controles con observaciones frente a los responsables, segregación y autoridad

PROCESO	CONTROL	RESPONSABLES
Gestión de Recursos Físicos	Actividad (1) PR-236 "Egreso o salida definitiva de bienes": indica que el profesional especializado, Auxiliar Administrativo o secretario (a) (...)	Profesional especializado, Auxiliar Administrativo o secretario
Gestión Estratégica de Talento Humano	El procedimiento 2211300-PR-163 - Gestión de Bienestar en Incentivos indica que el Profesional Especializado o Profesional Universitario y el(la) Auxiliar Administrativo de la Dirección de Talento Humano (...)	Profesional Especializado o Profesional Universitario y el(la) Auxiliar Administrativo

Adicionalmente, también se identifican tres (3) diferencias en el responsable definido en la Mapa de Riesgos y lo establecido en los procedimientos de cada uno de los procesos que se mencionan a continuación, susceptibles de mejora.

Tabla 5. Controles con observaciones frente a los responsables Vs procedimientos

PROCESO	CONTROL	RESPONSABLE EN EL PROCEDIMIENTO
Direccionamiento Estratégico	El procedimiento 4202000-PR-365 "Actualización presupuestal de los Proyectos de Inversión" Actividad 2 indica que Profesional y el jefe de la Oficina Asesora de Planeación, autorizado(a) por Jefe Oficina Asesora de Planeación (...).	En el procedimiento PR-365 el responsable de la actividad No. 2 es el Profesional de la OAP, pero no el jefe de OAP
Fortalecimiento de la Administración y la Gestión Pública Distrital	El procedimiento 2213100-PR-209 "Administración de los programas de formación" indica que Profesional especializado (a) de la Subdirección técnica de Desarrollo Institucional, Profesional universitario (...)	En el procedimiento PR-209 dice que profesional Universitario y no Profesional Especializado
Asesoría Técnica y Proyectos en Materia TIC	El procedimiento 1210200-PR-306 "Asesoría Técnica o Formulación y Ejecución de Proyectos en el Distrito Capital" indica que El Jefe de Oficina Alta Consejería Distrital de TIC.	En el procedimiento PR-306 el responsable es Asesor de Despacho y Profesional Especializado, pero no el Jefe de Oficina Alta Consejería Distrital de TIC.

- Propósito del control**

La guía de DAFP indica *“El control debe tener un propósito que conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar) o detectar la materialización del riesgo (...)”*.

Para cuatro (4) controles de los 32 seleccionados, no es claro el propósito del control, y que causa pretenden prevenir o detectar.

Se cita como ejemplo dos de ellos:

Tabla 6. Controles con observaciones frente al propósito

PROCESO	CONTROL - PROBABILIDAD E IMPACTO	Observación OCI
Gestión Estratégica de Talento Humano	(...), anualmente realizan las actuaciones administrativas y proyectan los actos administrativos correspondientes para el cumplimiento de lo acordado.	No es claro cuál es el propósito del control (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar)
Gestión Financiera	(...) semanal y mensualmente realiza seguimiento a los saldos de CRPs	No es claro cuál es el propósito, para que se realiza seguimiento a los saldos

Para mayor ilustración en la definición del propósito se cita un ejemplo extraído de la Guía del DAFP:

“Cada vez que se va a efectuar un contrato el profesional de contratación *verifica que la información suministrada por el proveedor corresponda con los requisitos establecidos de contratación.*”

- **Cómo se realiza la Actividad de Control**

La guía del DAFP precisa, *El control debe indicar el cómo se realiza, de tal forma que se pueda evaluar si la fuente u origen de la información que sirve para ejecutar el control es confiable para la mitigación del riesgo.*

En trece (13) controles de la muestra de 32 se presentan debilidades (40%) en el diseño de -Cómo se realiza la actividad de control.

Se cita como ejemplo dos de los casos encontrados:


Tabla 7. Controles con observaciones frente al cómo se realiza el control

PROCESO	CONTROL	Observación OCI
Gestión Estratégica de Talento Humano	Verifica la oportunidad y pertinencia de las acciones implementadas. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) el acuerdo colectivo	La fuente de información no es solo acuerdo colectivo, sino los soportes de las acciones implementadas y que son sujetas de seguimiento
Fortalecimiento de la Administración y la Gestión Pública Distrital	El procedimiento 2213100-PR-209 " Administración de los programas de formación" (...) Mensualmente realiza seguimiento a través del subcomité de autocontrol. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) Plan anual de trabajo.	La fuente de información no solo puede ser el Plan Anual de Trabajo. En el procedimiento PR-209 la actividad es <i>Elaborar el Plan de Trabajo</i> y dentro de esta se encuentra realizar el seguimiento. El propósito de elaborar y realizar seguimiento es diferente y se realizan en momentos distintos

- **Evidencia del Control**

La guía del DAFP indica *“Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control que permita a cualquier tercero con la evidencia llegar a la misma conclusión.”*

En 6 casos (19%) de los 32 controles evaluados, se presentan algunas debilidades en el atributo de evidencia.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO AUDITORÍA GESTION DEL RIESGO DE LA SECRETARIA GENERAL

Se cita como ejemplo dos de los casos encontrados:

Tabla 8. Controles con observaciones frente a la evidencia del control

PROCESO	CONTROL - PROBABILIDAD E IMPACTO	DEBE DEJAR EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL
Contratación	(...) cada vez que se radique una solicitud de contratación verifica que las mismas cumplan con los requisitos legales y se ajusten a los procedimientos internos de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá (...). Queda como evidencia correo electrónico y memorando de devolución según sea el caso.	La evidencia no es adecuada, ya que se menciona memorando o correo electrónico de devolución. Pero no se especifica cual es la evidencia de cuando el proceso está bien y no requiere de devolución.
Gestión Jurídica	El procedimiento 4203000-PR-357 "Elaboración o revisión de actos administrativos" (...), cada vez que se proyecte o revise un proyecto de acto administrativo verifica que esté correcto. Queda como evidencia el proyecto de acto administrativo revisado, base de datos en Excel, Sistema Integrado de Gestión Documental, libro de radicación y memorando 2211600-FT-011 de envío de proyecto de acto administrativo.	No debería considerarse como evidencia del Control el sistema Integrado de Gestión documental, tal como lo describe el diseño del control.

• **Observaciones o Desviaciones resultantes**

La guía del DAFP indica “*El control debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones como resultado de ejecutar el control. Si como resultado de un control preventivo se observan diferencias o aspectos que no se cumplen, la actividad no debería continuarse hasta que se subsane la situación o si es un control que detecta una posible materialización de un riesgo, deberían gestionarse de manera oportuna los correctivos o aclaraciones a las diferencias presentadas u observaciones*”.

Para el siguiente control no es clara la acción a tomar en caso de presentarse desviaciones.

Tabla 9. Controles con observaciones frente a las desviaciones resultantes

PROCESO	# Control	CONTROL - PROBABILIDAD E IMPACTO	DEBE DEJAR EVIDENCIA DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL
Gestión Estratégica de Talento Humano	C11	El procedimiento 2211300-PR-174 - Gestión de Relaciones Laborales indica (...) verifica la oportunidad y pertinencia de las acciones implementadas. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) el acuerdo colectivo. En caso de evidenciar observaciones, desviaciones o diferencias, se debe notificar al director(a) Técnico(a) de Talento Humano y al(la) secretario(a) General.	No se especifica que se hace con las desviaciones.

Recomendación:

Se recomienda a las dependencias que fueron objeto de revisión de los controles de los mapas de riesgos; Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Dirección administrativa y financiera, Dirección de Talento Humano, Subdirección de Servicios administrativos, Subdirección Financiera, Oficina Jurídica, Subdirección Técnica de Desarrollo Institucional, Subsecretaria de Servicio a la Ciudadanía, Dirección Distrital de Archivo de Bogotá y Dirección de Contratación, evaluar las situaciones presentadas en cada caso, revisando el diseño de los controles, asegurando que en los mismos se definan de forma adecuada los atributos tales como; responsable, periodicidad, propósito, descripción del cómo se ejecuta el control y evidencias, garantizando que los mismos se encuentren documentados y actualizados en los distintos procedimientos. Para ello, es aconsejable coordinar mesas de trabajo con la asesoría de la OAP, a fin de recibir la orientación metodológica para los ajustes correspondientes.

Oportunidad de Mejora No. 3

Se observó para (4) riesgos de 18 evaluados (ver detalle de los 18 riesgos en anexo 1), que representa el 22%, la definición de controles de impacto que, en algunos casos, corresponden a las actividades adelantadas en el proceso de Auditorías Internas de Gestión o Calidad que ejecuta la Oficina de Control Interno.

Por lo anterior, se sugiere a la Oficina Asesora de Planeación, adelantar las revisiones necesarias que permitan, en coordinación con las dependencias, establecer controles propios al proceso, que aseguren la mitigación de los riesgos, siendo estos tanto de impacto como de probabilidad.

Se cita como ejemplo dos casos de ellos:

Tabla 10. Evaluación riesgos sin controles de impacto – OCI

PROCESO	RIESGO	OBSERVACIÓN OCI
Internacionalización de Bogotá	Errores (fallas o deficiencias) en la identificación de oportunidades y en la estructuración de iniciativas de cooperación internacional y relacionamiento estratégico	No se tienen controles frente al impacto, distintos a las actividades realizadas por la OCI en cuanto a las auditorías internas de calidad y de gestión
Asistencia, atención y reparación integral a víctimas del conflicto armado e implementación de acciones de MPR	Decisiones erróneas o no acertadas en la implementación y seguimiento de la política a través del SDARIV	No se tienen controles frente al impacto, distintos a las actividades realizadas por la OCI en cuanto a las auditorías internas de calidad y de gestión

Fuente: Matriz de riesgos institucional suministrada por la OAP.

Observación No. 3:

Teniendo en cuenta lo establecido por la Función Pública en su *Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas - Riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital*, define las causas como, “*todos aquellos factores internos y externos que solos o en combinación con otros, pueden producir la materialización de un riesgo*”. También indica esta guía que *para cada causa debe existir un control, las causas se deben trabajar de manera separada (no se deben combinar en una misma columna o renglón) y si un control es tan eficiente que ayude a mitigar varias causas, en estos casos se repite el control, asociado de manera independiente a la causa específica*.

Se identificó en la evaluación a los 32 controles, que 13 de ellos (41%), no es clara o directa la relación entre las causas identificadas y los controles establecidos, es decir, existen causas que no tienen un control que las mitigue, o controles definidos que no están interrelacionados con ninguna de las causas identificadas y que ocasionan que se materialice el riesgo.

En la matriz de riesgos institucional, se encontró que las causas se combinan en una misma columna, dificultando determinar la relación entre la causa y el control.

Se cita como ejemplo dos casos de los encontrados:

Tabla 11. Relación riesgo, causa y control-OCI


RIESGO	CAUSA	CONTROL	OBSERVACIONES Y ANALISIS OCI
Proceso: Asesoría Técnica y Proyectos en Materia TIC			
Decisiones erróneas o no acertadas en la formulación de Proyectos en materia de: Infraestructura, economía Digital, gobierno y Ciudadano Digital	Las personas que realizan la actividad no tienen los conocimientos y habilidades necesarias para la definición de asesorías y formulación de proyectos. La identificación de necesidades que se requiere para la definición de asesoría técnica o formulación de proyectos no es suficiente, clara, completa y de calidad. Conocimiento parcial de la normatividad aplicable al proceso.	(...) Cada vez que se elabore el Perfil del Proyecto revisa que la información registrada en el formato este alineada con las funciones y metas de la Oficina. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) Plan Distrital de Desarrollo, Funciones de la Oficina, Plan de Acción y Proyecto de Inversión. (...)	<i>Las causas están asociadas con personal sin conocimientos y habilidades, debilidades en la identificación de necesidades de los proyectos y desconocimiento de la normatividad. El control es revisar que la información registrada en el formato este alineada con las funciones y metas de la Oficina.</i>
Proceso: Gestión, Administración y Soporte de infraestructura y Recursos tecnológicos			
Errores (fallas o deficiencias) en la administración y gestión de los recursos de infraestructura tecnológica	Ausencia de contratos de mantenimiento de la Infraestructura tecnológica. Ausencia del servicio de mesa de ayuda. Falla en los equipos que soportan Infraestructura tecnológica. Ataques cibernéticos. Obsolescencia tecnológica. Falta de continuidad del personal por cambios de gobierno.	(...) Cada vez que se solucione una solicitud de servicio, comprueba la solución contactando al usuario para autorizar el cierre de la misma, en el Sistema de Gestión de Servicios. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) Sistema de gestión de servicios.	<i>No es clara la relación del control con las causas -El control es comprobar la solución contactando al usuario para el cierre. Y las causas con ausencia de contrato de mantenimiento o mesa de ayuda.</i>

Fuente: Matriz de riesgos institucional suministrada por la OAP.

Recomendación:

Es importante que la Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Dirección de Desarrollo Institucional, Subdirección Técnica de Desarrollo Institucional, Oficina de la Alta Consejería de Tecnologías de la Información y la Comunicaciones y Dirección Distrital de Archivo de Bogotá, verifiquen las situaciones descritas y reevalúen el contexto de las causas identificadas como de las actividades de control contemplando que para cada causa se identifique una o varias actividades de control preventivas tal y como lo define la Guía 4202000-GS-079 para la Administración de Riesgos de Gestión y Corrupción en los Procesos de la Secretaría General. Para ello, es aconsejable coordinar mesas de trabajo con la OAP, a fin de recibir la orientación metodológica para el desarrollo de esta actividad.

Por otra parte, se sugiere a la OAP, revisar la metodología y herramienta para hacer de manera apropiada la relación de las causas frente a las actividades de control, las cuales se encuentran consolidadas en la matriz de riesgo institucional, por cuanto, no es clara la relación directa entre estos dos aspectos. Lo anterior permitirá identificar de manera apropiada, cual control (les) mitigan las causas definidas, brindándoles a estas últimas el tratamiento apropiado.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO AUDITORÍA GESTION DEL RIESGO DE LA SECRETARIA GENERAL

Oportunidad de mejora No 4:

Revisada la matriz de riesgos y controles establecida de la Secretaria General, la cual contiene 107 riesgos, 23 de ellos de corrupción y 84 de gestión de procesos, que cubren los 22 procesos de la entidad, se encontró que esta omite los controles automáticos, los cuales se utilizan fundamentalmente para fortalecer la seguridad de la información administrada de las actividades y reducen el costo asociado a la generación de bienes y servicios, la probabilidad de materialización de riesgos de fraude y corrupción e incrementa la eficacia de los procesos.

Lo anterior, conforme a las buenas prácticas definidas en esta materia, por firmas internacionales reconocidas, entre ellas, (Deloitte & Touch). Esta situación debido a que, en la identificación de los riesgos, causas y controles, se omite observar la conducción de las operaciones o actividades a través de los aplicativos o sistemas de información.

Es conveniente que la Oficina Asesora de Planeación considere la necesidad de circunscribir dentro de la metodología empleada de gestión de riesgos de la entidad, lo correspondiente a la definición de controles existentes de tipo “automático”, que son ejecutados actualmente por los sistemas de información y asesorar a las dependencias en el ejercicio de identificar controles que tienen esta naturaleza. En caso de adoptarse esta mejora en la administración de riesgos, contemplar la realización de capacitaciones enfocadas a reforzar los conocimientos a los gestores de calidad, en esta materia.

4. Monitoreo a la Efectividad de Controles

Observación No. 4.

Sobre una muestra de 6 controles, asociados a los procesos de Asesoría Técnica y Proyectos en Materia TIC, Gestión de la Función Archivística y del Patrimonio Documental del Distrito Capital, Gestión, Administración y Soporte de infraestructura y Recursos tecnológicos, Gestión Estratégica de Talento Humano, Gestión Documental Interna y Gestión de Recursos Físicos, se solicitó a las dependencias el soporte que permitieran confirmar la operatividad del control, tal y como está definido en el diseño de los mismos, estableciendo que para los seis (6) controles evaluados se evidencian diferencias entre la evidencia que sustenta la aplicación del control con respecto a la definida y registrada en la matriz de riesgos institucional, así como debilidad en la evidencia para confirmar el propósito del control, situaciones que se detallan a continuación.

Lo anterior, de acuerdo con la guía del DAFP, en la cual se precisa que el control debe dejar evidencia de su ejecución, esta evidencia ayuda a que se pueda revisar la misma información por parte de un tercero y llegue a la misma conclusión de quien ejecutó el control y se pueda valorar que el control realmente fue ejecutado de acuerdo con los parámetros establecidos y descritos anteriormente.

Se cita como ejemplo dos casos de los encontrados:


 SECRETARÍA GENERAL	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO AUDITORÍA GESTIÓN DEL RIESGO DE LA SECRETARÍA GENERAL

Tabla 12. Observaciones frente a la evidencia y ejecución de los controles

CONTROL	OBSERVACIÓN OCI
Proceso: Asesoría Técnica y Proyectos en Materia TIC	
<p>El procedimiento 1210200-PR-306 "Asesoría Técnica o Formulación y Ejecución de Proyectos en el Distrito Capital" indica que El Jefe de Oficina Alta Consejería Distrital de TIC, autorizado(a) por el manual de funciones, cada vez que se formula un proyecto verifica Generalidades, Objetivo, Características y Condiciones Técnicas, Estructura de Costos (si aplica), Plan de Trabajo y Cronograma, Identificación de Riesgos y Plazo de Ejecución. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) Plan Distrital de Desarrollo, Funciones de la Oficina, Plan de Acción, Proyecto de Inversión y Documento de Formulación Proyecto. En caso de evidenciar observaciones, desviaciones o diferencias, se debe reformular el proyecto, para que vuelva a ser validado por el Asesor de Despacho y el Jefe de Oficina Alta Consejería Distrital de TIC. Si no es aprobado, se da por finalizado procedimiento (actividad). Queda como evidencia Acta 2211600-FT-008 Documento Formulación Proyecto y Registro de Asistencia 2211300- FT-211 Documento Formulación Proyecto.</p>	<p>Evidencias evaluadas: Documento de formulación del Proyecto 1 - Desarrollar una estrategia apropiación para potenciar el conocimiento y uso de tecnologías. Proyecto 2-Política Territorio Inteligente. Propósito: La evidencia el control debería quedar directamente en el documento de formulación del proyecto, para asegurar que los aspectos indicados en la descripción del control fueron revisados y aprobados, además para controlar las versiones aprobadas. Por otra parte, resulta recomendable definir un formato con los ítems que debe tener el documento de formulación dado que se evidencian diferencias de contenido para los dos proyectos revisados (ej. población beneficiada, identificación de riesgo, entre otros). Por último, la fecha de ejecución el Perfil del del proyecto 1- Desarrollar una estrategia apropiación para potenciar el conocimiento tiene un error Inicio: 01/09/2020 y Fin: 30/04/2020, aspecto que debió ser detectado en la validación del Perfil del Proyecto.</p>
Proceso: Gestión de la Función Archivística y del Patrimonio Documental del Distrito Capital	
<p>El procedimiento Estado de la administración de la gestión documental en el D.C 2215110-PR-234 indica que subdirector del Sistema Distrital de Archivos, autorizado(a) por Director del Sistema Distrital de Archivos, anualmente revisa y aprueba el informe del estado de la administración de la gestión documental en el Distrito Capital. La(s) fuente(s) de información utilizadas es(son) informe. En caso de evidenciar observaciones, desviaciones o diferencias, se remite al profesional asignado para su ajuste. Queda como evidencia informe del estado de la administración de la gestión documental en el Distrito Capital.</p>	<p>Periodicidad: Este control no se ha aplicado en la vigencia 2020. Fuente de información: La evidencia es el informe del estado de la administración de la gestión documental en el distrito capital 2019, no obstante, en dicho documento no se evidencia la revisión y aprobación por parte del subdirector, sino en un acta de reunión donde es aprobada por parte de la DDAB y SSDA. Por lo anterior se recomienda incluir en el informe la revisión y aprobación de las responsables preferiblemente con firma o ajustar la evidencia del control en el mapa de riesgos, porque no corresponde.</p>

Recomendación:

Se sugiere a las dependencias; Alta Consejería de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, OTIC, Dirección Distrital de Archivo y Dirección de Talento Humano, revisar los registros y/o soportes que resultan de la aplicación del control y validar frente a las evidencias descritas en la matriz de riesgos de cada proceso, y en caso de que se requiera, ajustar, definiendo evidencias idóneas que permitan confirmar la aplicación y propósito del control. Lo anterior, de acuerdo con los parámetros establecidos en lineamientos internos y externos y buenas prácticas aplicables a esta materia.

Se considera conveniente que la OAP realice el ejercicio de revisión de la evidencia que sustenta la aplicación para todos los controles establecidos en el Mapa de Riesgos Institucional, asesorando a las dependencias en las cualidades y virtudes que deben cumplir las evidencias al aplicar el control, asegurando de esta manera que cumpla los requisitos mínimos exigidos en el diseño de un control.

5. Tratamiento de los Riesgos

Resultado de la revisión al tratamiento de los riesgos cuya calificación de valoración final es moderada, alta o extrema, se observó para tres (3) procesos de los 5 revisados (Gestión de la Función Archivística y del Patrimonio Documental del Distrito Capital, Gestión, Administración y Soporte de infraestructura y Recursos tecnológicos, Contratación, Dirección administrativa y financiera y

Direccionamiento Estratégico), debilidades en el seguimiento de las acciones registradas en el Sistema Integrado de Gestión, principalmente, en aspectos relacionados con el objetivo o propósito de la acción y actividades definidas que, a la fecha no tienen avances reportados y sus fechas de vencimiento, está próxima a culminar.

Se cita como ejemplo dos de los casos encontrados:

Tabla 13. Observaciones frente al tratamiento de los riesgos

Riesgo	Acción definida	Observación OCI
Proceso: Gestión, Administración y Soporte de infraestructura y Recursos tecnológicos		
Errores (fallas o deficiencias) en la administración y gestión de los recursos de infraestructura tecnológica	AC#38(Actividad 1): Actualizar los procedimientos de los procesos y sus registros.	En el Reporte de Seguimiento de Riesgos se indica frente a la AC#38(Actividad 1): <i>Actualizar los procedimientos del proceso y sus registros</i> , que no se realizado seguimiento parcial de la actividad. No obstante, no se entiende cual es el objetivo o propósito de la acción de tratamiento con la actualización los procedimiento y registros y como reducirá la mitigación del riesgo.
Proceso: Contratación		
Errores (fallas o deficiencias) en la estructuración de los documentos y estudios previos para la contratación de bienes, servicios u obras para la Entidad.	Adelantar el flujo documental en el Sistema Integrado de Gestión a fin se realicen las revisiones y aprobaciones de los procedimientos modificados Adelantar la socialización de los procedimientos 4231000-PR-284 "Mínima cuantía", 4231000-PR-339 "Selección Pública de Oferentes", 4231000-PR-338 "Agregación de Demanda" y 4231000-PR-156 "Contratación Directa" a las dependencias de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá.	Se observó para las dos acciones fecha de vencimiento registrada en el Sistema Integrado de Gestión del 30 de septiembre de 2020. No obstante, en el último seguimiento realizado por la dependencia (julio de 2020), se precisa que a la fecha no se han adelantado actividades frente a estas acciones, lo que puede conllevar a un posible incumplimiento de las actividades definidas, considerando las fechas de finalización establecidas

Lo anterior conforme lo establecido en la Política de Administración del Riesgo de la Secretaría General, en donde se precisa que, *-El nivel de aceptación del riesgo, una vez se determine su valoración residual, es optativo para la valoración con nivel bajo; a excepción de los riesgos de corrupción que son inaceptables, dado que el nivel bajo no aplica para estos. Por lo anterior, para los casos en que la valoración residual sitúe el riesgo en los niveles extremo, alto o moderado, se deben analizar los controles existentes y generar las acciones de tratamiento que se requieran, para fortalecer y/o implementar nuevas actividades de control.*

Al respecto, se sugiere a la Oficina Asesora de Planeación, en su rol de asesor y acompañante en la materia, continúe adelantando las gestiones, tendientes a orientar a las dependencias en la definición de acciones enfocadas a fortalecer controles ya existentes o a la definición de los nuevos, evitando así acciones que no generan valor agregado a los procesos, así como alertar a las dependencias frente a posibles incumplimientos en los términos definidos para el tratamiento de las acciones y evitar su vencimiento, o constante seguimiento a las mismas, tal y como lo establece el procedimiento PR-005 Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora *"Se deben realizar seguimientos del avance de las acciones y los posibles cambios que se presenten en el plan por parte del líder del proceso o responsable del proyecto de inversión, de manera que se asegure su finalización dentro del plazo (...). La frecuencia para reportar los seguimientos durante la ejecución de las actividades es: - Acción Preventiva: mínimo uno cada dos meses"*.

Respuesta informe preliminar de la Oficina Asesora de Planeación: Sobre el particular, la Oficina Asesora de Planeación a través de memorando No. 3-2020-22649 informó que continuará realizando el acompañamiento y asesoría pertinentes, en el marco de sus competencias conforme a lo establecido en el procedimiento “Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora” y el monitoreo que realiza periódicamente. En tal sentido, la Oficina de Control Interno en el desarrollo de las auditorías sobre la materia, verificara la efectividad en el cumplimiento de esta función.

6. Materialización de Riesgos

La Oficina Asesora de Planeación confirmó que, entre enero y julio de 2020, se han presentado 4 materializaciones de eventos de riesgos, correspondientes al reporte del primer cuatrimestre de la vigencia 2020. A continuación, se relacionan las materializaciones originadas de los riesgos de las siguientes dependencias:

Tabla 14 Acciones definidas frente a la Materialización del Riesgos

Proceso	Riesgo materializado	Acciones definidas por el proceso	Fecha de terminación definida por el proceso
Fortalecimiento de la administración y la gestión pública distrital	Errores (fallas o deficiencias) al desarrollar y ejecutar los cursos y/o diplomados de formación	Durante el primer trimestre 2020, se realizará un proceso de análisis para identificar las acciones a realizar. Se reporta a la Dirección de Contratos el incumplimiento de las obligaciones Reprograma las fechas para dar ejecución del curso y/o diplomados de formación Ajustar los errores identificadores en el desarrollo de cursos de formación	No se registró
Gestión de servicios administrativos	Errores (fallas o deficiencias) en la prestación de servicios de apoyo administrativo: vigilancia, aseo y cafetería, transporte, préstamo de espacios y demás servicios generales y operativos	Realizar la revisión y propuesta al procedimiento prestación de servicios administrativos y demás documentos asociados.	31 de julio de 2020
Gestión documental interna	Errores (fallas o deficiencias) en la gestión y trámite de comunicaciones oficiales	1.Realizar solicitud del informe de trazabilidad del envío de la comunicación. 2.Realizar el análisis del informe emitido por el contratista. 3.Requerir al contratista la definición de un plan de mejoramiento para el control del estado de los envíos. 4.Realizar la revisión y fortalecimiento de las actividades de control del procedimiento PR-049.	1. 20 de marzo de 2020 2. 24 de marzo de 2020 3. 8 de abril de 2020. 4. 15 de mayo de 2020
Gestión Estratégica de Talento Humano	Errores (fallas o deficiencias) al expedir un acto administrativo para tramite de las comisiones y situaciones administrativas del Gabinete Distrital, Jefes de Oficina de Control Interno y servidores de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C., que den lugar a aclaraciones, correcciones o modificaciones en la decisión final.	Se reporto a la Dirección de Talento Humano, posteriormente se proyectó y se expidió el acto administrativo que corrige el error formal	13 de marzo de 2020

De acuerdo con el cuadro anterior, para el proceso de fortalecimiento de la administración y la gestión pública distrital, no se encontró registro de las acciones determinadas en el Sistema Integrado de Gestión ni de los seguimientos realizados a cada una de ellas, a fin de determinar su grado de avance y los términos definidos en cuanto al tiempo máximo para el cumplimiento de cada una de las acciones definidas.

Lo anterior conforme lo establece el procedimiento de acciones correctivas, preventivas y de mejora, en donde da directrices para adelantar las gestiones asociadas con el tratamiento de las acciones originadas por los seguimientos y monitoreos del riesgo.

En relación con los 4 casos presentados, validados los registros que reposan en la Oficina Asesora de Planeación para todos los eventos materializados y que sustentan las gestiones adelantadas, se observó que las causas o circunstancias que originó la materialización de estos riesgos, no permite establecer con claridad el origen del hecho. Al respecto, esto puede conllevar a una definición errada o poco efectiva de la acción que se establezca para mitigar el riesgo.

Se estima conveniente que, la Oficina Asesora de Planeación solicite a las dependencias registro y soporte de las circunstancias o situaciones reales que originaron la materialización de riesgos, por cuanto, es información esencial para que se pueda brindar una adecuada asesoría a la dependencia afectada en la definición de acciones a implementar dirigidas a prevenir situaciones similares.


De otra parte, se considera pertinente revisar el diseño de la herramienta dispuesta por la OAP para el reporte de los eventos materializados, con el propósito de incorporar espacios para incluir tanto el origen preciso del hecho y la fecha de ocurrencia.

Respuesta informe preliminar de la Oficina Asesora de Planeación: *Es importante precisar que la herramienta "Reporte de seguimiento de riesgos" en la sección denominada "Materialización del riesgo (gestión de procesos y corrupción)" dispone de espacios para la descripción del riesgo materializado, incluyendo sus causas, fecha, origen, número de veces que se presentó o detectó, impacto, entre otros.*

Por otra parte, los procesos con riesgos materializados son los responsables de la formulación y seguimiento a las acciones correspondientes, utilizando los instrumentos para tal fin, por lo cual, de manera atenta se solicita redireccionar la recomendación hacia los procesos revisados.

Desde la Oficina Asesora de Planeación se continuará prestando el acompañamiento y asesoría pertinentes, en el marco de sus competencias conforme a lo establecido en el procedimiento "Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora" y el monitoreo que realiza periódicamente.

Al respecto, para una mayor claridad se hizo una nueva revisión sobre esta situación, confirmando lo anteriormente mencionado.

	OFICINA DE CONTROL INTERNO
	INFORME EJECUTIVO AUDITORÍA GESTION DEL RIESGO DE LA SECRETARIA GENERAL

Plan de Mejoramiento

Producto de la evaluación practicada y resultado del análisis del informe preliminar, por la Oficina Asesora de Planeación, Oficina de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, Dirección administrativa y financiera, Dirección de Talento Humano, Subdirección de Servicios administrativos, Subdirección Financiera, Subdirección Técnica de Desarrollo Institucional, Subsecretaría de Servicio a la Ciudadanía, Dirección Distrital de Archivo de Bogotá, Dirección de Desarrollo Institucional y Dirección de Contratación, definieron acciones de mejora dirigidas a subsanar y prevenir las observaciones identificadas como gestionar las oportunidades de mejora, las cuales conforman el plan de mejoramiento establecido que hace parte integral del informe final, a efecto de adelantar los respectivos seguimientos por los responsables como por la Oficina de Control Interno para su cumplimiento.

Criterios de clasificación de conceptos derivados de la auditoría.

Tipo de observación	Descripción
Observación	Incumplimiento de normas o procedimientos internos que pueden materializar un riesgo.
Oportunidad de mejora	Sin implicar un incumplimiento normativo o de procedimientos internos, es susceptible de mejora el proceso.

Elaborado por: Diana Constanza Ramirez - Yeimy Paola Ladino Pardo - Profesionales Especializados OCI
Revisado y aprobado por: Jorge Eliecer Gómez Quintero – Jefe Oficina de Control Interno.