RADICADO 20201600005003 de febrero 19 de 2020

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VIGENCIA: | DEPENDENCIA: | | | | | PROCESO: |
| *2019* | SPI - Subdirección Técnica de Producción e Intervención | | | | | GLAB - Gestión de Laboratorio |
| **OBJETIVOS RELACIONADOS CON EL PROCESO / DEPENDENCIA:** | | | | | | |
| ***Objetivo institucional:*** | | 2. Mejorar las condiciones de movilidad de la malla vial, a través de los programas de conservación y la atención de situaciones imprevistas que dificulten la movilidad en Bogotá D.C. | | | | |
| ***Estrategia:*** | | Verificar el cumplimiento de la precisión en la ejecución métodos de ensayo, con el fin de garantizar confiabilidad en los resultados de los ensayos de calidad realizados en el laboratorio | | | | |
| ***Objetivo del proceso:*** | | Aportar a asegurar la calidad de las intervenciones de la UAERMV realizando ensayos y entregando resultados confiables, utilizados como insumos para: los diseños de la estructura de pavimento, diseños de mezcla asfáltica e hidráulica, control de calidad de las materias primas utilizadas para la producción de mezcla asfáltica e hidráulica y los materiales que componen las diferentes capas de la estructura de pavimento, durante el proceso constructivo y para el producto terminado. | | | | |
| **CRITERIOS / COMPROMISOS**  **ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS** | | | **MEDICIÓN DE CRITERIOS / COMPROMISOS** | | | |
| INDICADOR | RESULTADO | ANÁLISIS DEL RESULTADOS | |
| Criterio 1: CUMPLIMIENTO DE LA PLANEACIÓN→ Resultado Plan de Acción (*Rad. OAP 20201500003353 24-01-2020)* | | | Máximo 4 puntos | 4 | Presentó resultado del PA: 100%  Rango: 97% - 100% = 4 | |
| Criterio 2: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE PRODUCTOS O SERVICIOS→ Reportes: Plan de Acción (trimestrales) & Indicadores (frecuencia) | | | Máximo 2 puntos | 2 | Presentó Reportes: PA: en fechas a tiempo & IND: en fechas tiempo = 2 | |
| Criterio 3: CONFIABILIDAD EN LA INFORMACIÓN→ Soportes de actividades ejecutadas: Plan de Acción & Indicadores | | | Máximo 4 puntos | 4 | Presentó Evidencias: Completas PA & Completas IND | |
|  | | |  | --- |  | |
| **CALIFICACIÓN FINAL DE LA EVALUACIÓN POR PROCESO:** | | | | 10 | *En cumplimiento de la Circular 028 de 26-12-2019 “Criterios Técnicos para la Evaluación de la Gestión por Dependencias 2019”* | |

|  |
| --- |
| **EVALUACIÓN DEL PROCESO O DEPENDENCIA:** |
| *NOTA: la información aquí contenida, fue tomada de los archivos de la OCI que dejó el Ing. Neil Andrés Llain Torrado (Contratista OCI 2019)*  **ROL EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.**  Resultado de la Auditoría Especial 2019 de Gestión de Laboratorio, ejecutada por un contratista externo Consultor JLPR SAS con el objetivo de “*Evaluar el grado de conformidad del Sistema de Gestión del Laboratorio de ensayo con los criterios establecidos en la norma ISO/IEC 17025:2017, Reglas y Criterios específicos de Acreditación RAC-3.0-01, RAC-3.0-03, CEA-4.1-02, CEA-3.0-04 Evaluar la capacidad del Sistema de Gestión para asegurar el cumplimiento de los requisitos de Acreditación, legales, reglamentarios y métodos del servicio del Laboratorio de ensayos. Evaluar la mejora de la eficacia del Sistema de Gestión para asegurar la acreditación por el ONAC”*, cuyo plan de mejoramiento fue aprobado por la OCI con radicado 20191600038003 de 2019-08-02 (formulado por el Proceso GLAB y remitido con los memorandos 20191310034193 de 09-07-2019 y 20191310037203 de 29-07-2019), se evidenciaron 17 hallazgos con 61 acciones, de las cuales 50 se cerraron y 11 están sin cerrar con plazo vencido a 31-12-2019, relacionadas con:   * Socializar los riesgos de imparcialidad asociados a todos los clientes del laboratorio. * Modificar el procedimiento de personal en donde se aclare la metodología para establecer las equivalencias. * Divulgar el procedimiento de personal en donde se aclare la metodología para establecer las equivalencias. * Realizar la verificación de la serie de tamices (como el Tamiz Nº 8, serie 5778090; Tamiz Nº 40, serie 45355; etc.) empleada en la ejecución del método de ensayo INVE 213-13 y 214-13, de acuerdo al cronograma de aseguramiento de equipos. * Modificar el formato de hoja de vida de los equipos en donde se retira la frecuencia de verificación, con el fin de no generar duplicidad de información. * Implementar el formato de hoja de vida actualizado. * Modificar la metodología para la implementación de los factores de corrección de manera que no presente ambigüedades. * Divulgación e implementación de la metodología actualizada para la aplicación de factores de corrección. * Relacionar el procedimiento de prestación de servicios del laboratorio en los acuerdos de servicios de los clientes. * Socializar los acuerdos de servicio actualizados. * Modificar el formato de toma de datos código GLAB-FM-071, de tal manera que se pueda registrar el segundo dato obtenido de la masa del picnómetro + la muestra + el agua + la tapa y la temperatura del agua en el picnómetro de acuerdo a lo establecido en el numeral 8.5.2   Las fortalezas identificadas fueron:   * El personal de laboratorio por que se implica totalmente en el proceso y buscan lograr una acreditación ISO/IEC 17025: 2017 enfocada a su realidad y la mejora; sus habilidades están reflejadas en: La aplicación del principio de participación del personal, comprende la importancia de su contribución y su papel en el SGL; Identifica las limitaciones en su trabajo. Aceptan la responsabilidad de los problemas y de s u resolución; evalúa su actuación de acuerdo a sus objetivos y metas del laboratorio y discute con argumentos abiertamente los problemas y cuestiones e n pro de la mejora de su laboratorio. Muestran su competencia demostrando conocimiento. * El laboratorio cuenta con instalaciones amplias, organizadas, fuentes de energía e iluminación apropiadas para la correcta realización de los ensayos del laboratorio. * La profesional encargada de calidad y el Profesional especializado, por el interés en el proceso de auditoría (este último con poco tiempo en el cargo mostró no solo gran interés, entusiasmo y colaboración si no también un deseo e n pro del logro del objetivo final la acreditación) su interacción con el equipo auditor en pro de la mejora de su Sistema de Gestión de Laboratorio, fue evidencia no solo del gran compromiso que poseen si no de su interés por la mejora continua, ellos dos se implica totalmente en el proceso. * El gran avance que se posee en la implementación de la norma ISO/lEC 17025:2017, teniendo en cuenta q u e solo una persona conoce del tema, y que ha liderado de manera eficaz y eficiente este proyecto, es de destacar que sin contar con todas las herramientas necesarias se posee, un gran avance para la acreditación. * La actitud, amabilidad y disposición del personal auditado para recibir la auditoria y aceptar los comentarios del equipo auditor, esto hace que se evidencia el compromiso para con el Sistema de Gestión del Laboratorio, con el Ingenio y con la disposición de mostrar el deseo en pro de la mejora.   **ROL EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO.**   1. GESTIÓN DE RIESGOS- resultados reportados el 31 de diciembre de 2019   En cumplimiento del rol "Evaluación de la gestión del riesgo" atribuido a las Oficinas de Control Interno a través del Decreto 648 de 2017 y conforme al Plan Anual de Auditoría aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la entidad para la vigencia, OCI realizó la evaluación de la gestión del riesgo con corte a 30 de abril y 30 de septiembre de 2019, a partir de los monitoreos realizados por OAP  **Evaluación de riesgos 2019:**   * Conclusiones de la evaluación de riesgos identificados:   \* Se atendieron las recomendaciones emitidas por OCI en la evaluación de controles efectuada en junio de 2019; producto de este ejercicio, el mapa de riesgos mejoró.  \* Los 4 riesgos pueden llegar a afectar el cumplimiento del proceso.  \* Los 8 controles mitigan o eliminan la causa identificada.   * Conclusiones evaluación del diseño del control:   De la evaluación al diseño de los 8 controles asociados a 4 riesgos, se identificaron los siguientes resultados:  \* La redacción de los controles mejoró y el resultado de la calificación es fuerte.  \* Los 8 controles evaluados tienen calificación similar a la efectuada por el proceso.  \* No se presentaron calificaciones diferentes a la efectuada por el proceso en ninguna de las 8 variables evaluadas.   * Conclusiones evaluación de la ejecución del control:   De la prueba de recorrido realizada con el enlace del proceso y/o responsables de los 8 controles asociados a 4 riesgos, se identificaron los siguientes resultados:  \* La eficacia de 7 de los 8 controles es adecuada porque se ejecuta como fue diseñado; 1 control no fue aportada evidencia del cumplimiento de las actividades descritas en los mismos  \* La eficiencia de 7 de los 8 controles es adecuada porque su propósito es prevenir y/o detectar la mitigación de los riesgos identificados. el restante no ha sido implementado.  **Evaluación de riesgos de seguridad digital:**  Para el Proceso GLAB con los resultados de los dos periodos evaluados se realizó un comparativo para evaluar los riesgos de seguridad de la información donde se identificó las siguientes observaciones:  Observaciones:  En la segunda evaluación se identifica cambió de un riesgo de seguridad de la información a riesgo de corrupción y la eliminación de un riesgo de seguridad de la información, no obstante que los riesgos deben ser flexibles y permitir cambios cuando se requieran, es necesario tener en cuenta lo establecido en el Manual Política de Administración del Riesgo (DESI-MA-002), Capitulo 5 que establece: …”*para la eliminación de cualquier riesgo el responsable directivo del proceso debe presentar una justificación y ésta deberá ser aprobada por el Representante de la Alta Dirección*.”.  **Evaluación de riesgos de corrupción:**  Puntualmente, en lo que atañe a riesgos de corrupción y en cumplimiento del Manual DESI-MA-002-V6 Manual Política Administración del Riesgo, se realizaron tres seguimientos al mapa de riesgos de corrupción de la entidad, los cuales fueron publicados en el portal de la UAERMV con corte a 1) 30 de abril de 2019, 2) 30 de septiembre de 2019 y 3) 31 de diciembre de 2019.  En el tercer seguimiento, además de revisar los comentarios de los seguimientos anteriores, se generaron unas observaciones globales del riesgo y se concluyó si, a partir de los resultados de las pruebas de recorrido, era necesario o no actualizar cada uno de los riesgos. A continuación, se aportan los resultados del seguimiento de cada uno de los riesgos de la tipología corrupción, así como la conclusión al finalizar la vigencia de cada uno de los riesgos.   * Gestión de Laboratorio   Riesgo de corrupción GLAB del Mapa Institucional de Riesgos V4: “*Modificar los resultados de los ensayos a cambio de recibir o solicitar cualquier dadiva o beneficio a nombre propio o de terceros con el fin de que el material ensayado cumpla con las especificaciones técnicas*”.  Análisis OCI:   1. Riesgo de corrupción: Se tomaron algunas de las recomendaciones OCI del mes de junio y se mejoró la redacción del riesgo, causa y control. Sin embargo, persiste la ausencia de la variable desviación de la gestión de lo público en la redacción. 2. Diseño del control:   Control 1 y 2: el proceso siguió las recomendaciones de la OCI, con lo cual el diseño del control es el adecuado.   1. Efectividad del control:   Control 1: el control está operando tal como fue diseñado.  Control 2: el control aún se está implementando y no se pudo constatar que se aplicara. Dado que no hay evidencia del control, se recomienda iniciar con el cumplimiento de este, tal como fue diseñado.   1. Observaciones generadas por el evaluador OCI al 31 de diciembre de 2019:   Si bien es cierto que tal como está estructurado el riesgo y los controles cumplen con los requisitos previstos, se observó que un control no se está ejecutando, lo cual puede permitir que se materialice la causa del riesgo.   1. Conclusión:   Luego de efectuar las tres revisiones de la vigencia 2019, se concluye que el riesgo se mantiene bajo la misma condición en cuanto a factores de riesgo, identificación, análisis y valoración del riesgo por lo que no es necesaria su actualización. Sin embargo, si no se logra ejecutar y/o dejar soporte de la aplicación de este, sería recomendable actualizar el Mapa en lo que atañe a ese control.   1. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO, RENDICIÓN DE CUENTAS Y ATENCIÓN A PQRSFD: -   **Seguimiento a PQRS:**  Derechos de Petición: Como resultado de la evaluación efectuada por la OCI en cuanto a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Felicitaciones PQRSFD, se identificó: que la **SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE PRODUCCIÓN E INTERVENCIÓN - SPI,** recibió durante el primer semestre de 2019 recibió **85** **derechos de petición** de los cuales reportó **vencidos 25**, correspondiente a un **29%** de los recibidos por la dependencia, mientras en el segundo semestrerecibió **122 derechos de petición** de los cuales reportó **vencidos 11** correspondiente a un **11%** de los recibidos por la dependencia**,** por lo anterior se recomienda atender las observaciones y recomendaciones emitidas por la OCI mediante el memorando 20191600044 de septiembre 18 de 2019:   * En la normativa vigente interna, se encuentran reglamentadas las funciones por dependencias para la recepción, atención, trámite, reportes y seguimiento de las PQRSFD, con una adecuada distribución de los roles. * La OCI ha emitido recomendaciones escritas y verbales, en cuanto al trámite, seguimiento y control de las PQRSFD; haciendo énfasis en los vencimientos reportados por la OAJ, en diferentes reportes y en el marco de los roles establecidos; así mismo, a los integrantes del Comité Institucional de Control Interno.   Lo anterior, dado que el proceso **GLAB – Gestión de Laboratorio** es el proceso a cargo de esta dependencia; sin embargo, la SPI tiene a cargo las tres (3) gerencias misionales (GP-Gerencia de Producción, GI-Gerencia de Intervención y GASA-Gerencia de Gestión Ambiental, Social y de Atención al Usuario).  **ROL ENFOQUE HACÍA LA PREVENCIÓN**  **Cumplimiento de planes de mejoramiento 2019:**   * Seguimiento a cumplimiento de acciones correctivas - plan institucional suscrito con la Contraloría de Bogotá D.C   La Oficina de Control Interno, de la gestión conjunta con todos los procesos, concluye que:   * Durante la vigencia 2019, se logró el cierre de 114 acciones de 133 en seguimiento, de las cuales 22 pertenecían a la dependencia SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE PRODUCCIÓN E INTERVENCIÓN. * En la auditoría de desempeño PAD 2019, la UAERMV logró un **100% de cumplimiento** en la evaluación del plan de mejoramiento realizado por el ente de control de las 87 acciones presentadas en 73 hallazgos, gracias a la gestión de la OCI y colaboración de las dependencias involucradas en la auditoría. * Para la próxima auditoría de regularidad a realizar por el ente de control, la entidad debe presentar el seguimiento de 30 acciones y sugerir el cierre de 18 de ellas que cumplen el plazo de implementación a diciembre de 2019. * De las 30 acciones en seguimiento 8 corresponden a la dependencia SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE PRODUCCIÓN E INTERVENCIÓN, relacionada con:   + Realizar una capacitación a los profesionales que fungen como supervisores y apoyos, sobre el manual de interventoría y supervisión vigente.   + Radicar ante la DIAN un oficio para reiterar un pronunciamiento de fondo que resuelva la controversia tributaria de RETEIVA.   + Realizar una mesa de trabajo para coordinar entre las gerencias las especificaciones técnicas para la contratación de arrendamiento y/o compra y/o suministro de maquinaria y/o vehículos acordes con la disponibilidad del mercado.   + Realizar una mesa de trabajo con el grupo estructurador para reforzar las tipologías contractuales con respecto a la inclusión, verificación del análisis de precios unitarios y la correcta verificación del producto terminado para evitar errores mecanográficos o de transcripción.   + Efectuar dos capacitaciones dirigidas al personal responsable.   + Implementar un desarrollo tecnológico que permita estandarizar los reportes de la bitácora de la sede de producción.   + Adoptar un instructivo que especifique el uso alternativo de insumos de producción   En total se tienen 8 hallazgos de las auditorias PAD 2018 y 2019 a cargo del proceso de la SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE PRODUCCIÓN E INTERVENCIÓN.  **SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS EN LA EVALUACIÓN DEL PROCESO EN 2018.**  No aplica, toda vez que el proceso GLAB – Gestión de Laboratorio fue creado mediante la Resolución 491 de 06-11-2018 “*Por medio de la cual se adopta la misión, visión, objetivos institucionales, mapa de procesos y política integral de la UAERMV*”, entrando a regir a partir de 2019; por lo tanto, no hubo evaluación en la vigencia 2018.  **CONCLUSIÓN:**   * Producto de la evaluación, se concluye que la SUBDIRECCIÓN TÉCNICA DE PRODUCCIÓN E INTERVENCIÓN a través del Proceso GLAB – GESTIÓN DE LABORATORIO, durante la vigencia 2019, ha fortalecido su gestión, su información documentada y sus procedimientos, buscando la acreditación del Laboratorio de Suelos y Pavimentos para brindar los servicios de ensayos de laboratorio con calidad y demás muestras a sus grupos de valor, para obtener los mejores resultados en los productos ofrecidos por la entidad en cumplimiento de su misionalidad. * El proceso GLAB aportó a la calificación promedio de 97.07% de la entidad, en el cumplimiento de planes de acción, siendo su calificación: 100% * No obstante, es necesario a nivel de Entidad continuar trabajando en el cumplimiento del *MANUAL DE INTERVENTORÍA Y SUPERVISIÓN* vigente de la UAERMV. |
| **RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN:** |
| **ROL EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO**  **Evaluación de riesgos 2019**   * Continuar realizando los controles como fueron diseñados. * Para el control: “*El auxiliar administrativo, cada vez que envía un informe de resultado, digitaliza el registro de los datos primarios dejando como registro el archivo en pdf en el repositorio del laboratorio, con el fin de guardar una copia de este. De no encontrar el archivo de un registro se digitalizará de inmediato y se genera una acción correctiva”:* se recomienda el cumplimiento del control tal como fue redactado. * El proceso GLAB debe seguir diseñando sus controles teniendo en cuenta la guía para la administración del riesgo de gestión, corrupción y seguridad digital y el diseño de controles en entidades públicas.   **Evaluación de riesgos de seguridad digital:**   * Los riesgos de seguridad de la información se identifican por las amenazas y vulnerabilidades en un activo o un grupo de activos del proceso que puedan generar perdida de Integridad, confidencialidad o disponibilidad de estos activos, por ende, si el proceso tiene identificados activos de información se debe identificar y conjuntamente, analizar las posibles amenazas y vulnerabilidades que podrían causar su materialización. * Con el objeto de fortalecer la identificación de este tipo de riesgos, con base en los lineamientos definidos en la UAERMV en el Manual Política de Administración del Riesgo (DESI-MA-002) y en el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital (EGTI), se recomienda solicitar asesoría a OAP y/o al responsable de la implementación de seguridad de la información en la entidad.   **Evaluación de riesgos de corrupción:**   * Luego de efectuar las tres revisiones de la vigencia 2019, se concluye que se mantiene bajo la misma condición en cuanto a factores de riesgo, identificación, análisis y valoración del riesgo por lo que no es necesaria su actualización. Sin embargo, es necesario revisar las recomendaciones señaladas por la OCI.   **Seguimiento a PQRSFD:**   * Cumplir la Resolución 316 del 20 de septiembre de 2017 que establece: *“Por medio de la cual se reglamenta el trámite interno de las peticiones formuladas ante la Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial”* * Cumplir las instrucciones emitidas por la Dirección General mediante Circular 03 del 3 de septiembre de 2018, cuyo asunto es: ***“****Recomendaciones Generales Respecto al Cumplimiento de los Términos de las Peticiones Presentadas Ante la Unidad****".*** * Continuar fortaleciendo la respuesta a las PQRSFD, no solo en tiempos de respuestas sino también en los criterios de oportunidad, coherencia, claridad y calidez.   **ROL ENFOQUE HACÍA LA PREVENCIÓN Planes de mejoramiento:**   * Continuar reportando oportunamente a la OCI, los avances de la implementación de las acciones correctivas formuladas en los planes de mejoramiento por procesos e institucional. * Aportar todas las evidencias que dan cumplimiento de las acciones propuestas, con el fin de lograr el cierre efectivo y eficiente por el ente de control y por la OCI. * Cuando no se logre el cumplimiento de la acción, los responsables de su implementación deben identificar con anterioridad las causas, con el fin de tramitar la modificación ante el ente de control u organismo externo, ya sea en la acción como tal, área responsable, fecha de terminación, el indicador o meta propuesta, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente, así mismo si se trata del plan de mejoramiento por procesos. * En la formulación de las acciones correctivas de los hallazgos identificados por el ente de control o la auditoría interna, se debe tener en cuenta que las acciones eliminen la causa generadora de la situación evidenciada y establecer un plazo prudencial para el cumplimiento de la acción acorde con la aprobación previa del directivo responsable. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| APROBACIÓN POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO: | | | |
| *31-01-2020* | **APROBADO POR:** | **EQUIPO EVALUADOR:** | |
| *(Firma)* | *(Firma)* | *(Firma)* |
| FECHA DE EVALUACIÓN | *Edna Matilde Vallejo Gordillo* | *Angela María Correa Covelli* | *Edy Johana Melgarejo Pinto* |
| ***Jefe Oficina de Control Interno*** | *Cargo: Profesional Especializada 222-04* | *Cargo: Contratista OCI Ing. Transporte y Vías* |