Radicado 20211600113803 de fecha 05-11-2021

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA:** | Noviembre de 2021 | **INFORME PRELIMINAR** |  | **INFORME** |  |
| **DEFINITIVO** |
| **PROCESO AUDITADO:** | Direccionamiento Estratégico e Innovación – DESI | | | | |
| **RESPONSABLE DEL PROCESO:** | Diana Marcela del Pilar Reyes Toledo | | | | |
| **EQUIPO AUDITOR:** | Edna Matilde Vallejo Gordillo -Jefe Oficina de Control Interno hasta el 31/08/2021 y a partir del 16/10/2021.  Carlos Fernando Rey Riveros - Jefe Oficina de Control Interno (E): del 01/09/2021 a 15/10/2021  Wellfin Canro Rodríguez – Contador – auditor líder | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **OBJETIVO:** | Evaluar el cumplimiento de los puntos de control que debe aplicar el PROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO E INNOVACIÓN en desarrollo de sus actividades y definidos en los siguientes documentos:   1. Evaluación del direccionamiento estratégico de la entidad. 2. Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001 – Versiones 12, 13 y 14 3. Caracterización del proceso Direccionamiento Estratégico e Innovación DESI-CP-001- versiones 1 y 2 4. Manuales de Contratación y de Interventoría y Supervisión vigentes CON-MA-002, versiones 6, 7 y 8; y Manual de Contratación CON-MA-001, versiones 9 y 10. 5. Mapa de riesgos del proceso 6. Seguimiento a las recomendaciones generadas en la auditoría ejecutada al proceso en 2019, informe enviado mediante memorando 20191600044793 del 24 de septiembre de 2019 7. Evaluar la confiabilidad, disponibilidad e integridad de la información de las bases de datos que se manejen en el desarrollo de la auditoría. |
| **ALCANCE:** | Esta evaluación cobija las actividades ejecutadas en el proceso de DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO E INNOVACIÓN - DESI para el periodo comprendido entre el **1/05/2019 al 30/06/2021** para los siguientes aspectos:   1. Evaluación del direccionamiento estratégico de la entidad a través de la política Planeación institucional y sus lineamientos generales contenidos en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 3 de diciembre de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública. 2. Evaluación del Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001 - VERSIONES 12, 13 y 14 en los numerales:    1. Elaboración, actualización o anulación de la información documentada    2. Revisión y aprobación de los documentos   3.3.1 Inventario de la Información documentada.   1. Cumplimiento de las actividades establecidas en el Manual de Interventoría y Supervisión de Contratos CON-MA-002, versiones 6, 7 y 8; y Manual de Contratación CON- MA-001, versiones 9 y 10. 2. Evaluación de la existencia de los riesgos identificados para los controles de información documentada. 3. Seguimiento a las recomendaciones generadas en la auditoría ejecutada por OCI al   proceso en 2019, informe enviado mediante memorando 20191600044793 del 24 de septiembre de 2019. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 6) Evaluación de la confiabilidad, disponibilidad e integridad de la información de las bases de datos que se manejen en el desarrollo de la auditoría. |
| **CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:** | ***REQUISITOS LEGALES APLICABLES:*** |
| * Acuerdo No. 257 de 2006 Modificado por el Acuerdo Distrital 641 de 2016 "Por el cual se dictan normas básicas sobre la estructura, organización y funcionamiento de los organismos y de las entidades de Bogotá, distrito capital, y se expiden otras disposiciones." Art.109. * Acuerdo No.010 de 2010 "Por el cual se establece la estructura organizacional de la Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial, las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones.". Art. 3 y 8. * Acuerdo No.011 de 2010 "Por el cual se establece la estructura organizacional de la Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial, las funciones de sus dependencias y se dictan otras disposiciones." Art.4 - Numeral 13. * Acuerdo 761 de 2020 "Por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas del Distrito Capital 2020-2024 "Un nuevo contrato social y ambiental para Bogotá del siglo XXI". Art. 95 * Decreto 1499 de 2017 "Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015". Art. 2.2.22.3.5 y 2.2.23.2.2. |
| ***INFORMACIÓN DOCUMENTADA DE REFERENCIA:*** |
| 1. Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001- versiones 12, 13 y 14 2. Caracterización del proceso Direccionamiento Estratégico e Innovación DESI-CP-001- versiones 1 y 2 3. Cumplimiento de las actividades establecidas en el Manual de Interventoría y Supervisión de Contratos CON-MA-002, versiones 6, 7 y 8; y Manual de Contratación CON- MA-001, versiones 9 y 10. 4. Mapa de riesgos del proceso vigencias 2019, 2020 y 2021. 5. Seguimiento a las recomendaciones generadas en la auditoría ejecutada por OCI al proceso en 2019, informe enviado mediante memorando 20191600044793 del 24 de septiembre de 2019. 6. Evidencias del cumplimiento de los Procedimientos. 7. Informe final de auditoría realizada al proceso en la vigencia 2019. 8. Base de contratos en ejecución y finalizados de las vigencias 2019, 2020 y 2021 9. DESI-FM-008-V11 Formato Aprobación Documental 10. DESI-FM-011-V8 Formato Listado Maestro de Información Documentada 11. DESI-FM-012-V3 Formato de Revisión Documental de Proceso 12. Los demás documentos y/o reglamentaciones internas o externas que se requieran durante el ejercicio de auditoría del proceso de DESI. |

|  |
| --- |
| **RESUMEN EJECUTIVO DE LA AUDITORÍA** |
| En cumplimiento del plan de auditoría previsto para el Proceso **DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO E INNOVACIÓN - DESI** se adelantaron las siguientes actividades:   * El 08 de septiembre de 2021 fue sesionada la reunión de apertura, programada con el memorando 20211600091483 del 03 de septiembre de 2021. * El 08 de septiembre de 2021 se radicó el memorando 20211600093293, con asunto: “*Solicitud de información para evaluar aspectos en el marco de la auditoría al proceso DESI 2021 y la atención de recomendaciones emitidas por la OCI en el informe final de auditoría Proceso 2019.”* |

* El 08 de septiembre de 2021 se envió correo electrónico al enlace de información designado en el desarrollo de la auditoría, solicitando las versiones de documentos requeridos en el proceso auditor; la solicitud fue respondida el 09 de septiembre de 2021.
* El 14 de septiembre de 2021 se recibió respuesta a la solicitud anterior mediante correo electrónico del enlace de comunicación del proceso DESI, a través de carpeta compartida.
* Los días 13 y 15 de septiembre de 2021 se efectuaron dos (2) mesas de trabajo con el equipo del proceso auditado, con el fin de analizar los temas objeto de la auditoría y aplicar las pruebas. Estas mesas se realizaron mediante la herramienta TEAMS y fueron grabadas previa autorización de los integrantes.
* El 13 de septiembre de 2021 se envió correo electrónico a los integrantes del proceso auditado que participaron en la mesa de apertura, con el acta de reunión y lista de asistencia para verificación y observaciones; de la anterior, no fue recibida ninguna observación.
* El 13 de septiembre de 2021 se lideró la primera mesa de trabajo, con el fin de cubrir el tema *“Evaluación del direccionamiento estratégico de la entidad a través de la política Planeación institucional y sus lineamientos generales contenidos en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 3 de diciembre de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública”*.
* El 14 de septiembre de 2021 se envió correo electrónico al enlace de comunicación del proceso auditado, solicitando las evidencias que sustenta las respuestas suministradas al auditor líder en la mesa de trabajo del 13 de septiembre de 2021.
* El 14 de septiembre de 2021 se envió correo electrónico a los integrantes del proceso auditado que participaron en la primera mesa de trabajo, con el acta de reunión, anexo y lista de asistencia para verificación y observaciones; de la anterior, no fue recibida ninguna observación.
* El 15 de septiembre de 2021 se lideró la segunda mesa de trabajo, con el fin de cubrir el tema *“evaluar el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001 - VERSIONES 12, 13 y 14 en los numerales: 3.1. Elaboración, actualización o anulación de la información documentada, 3.2. Revisión y aprobación de los documentos y 3.3.1 Inventario de la Información documentada”*.
* El 16 de septiembre de 2021 se envió correo electrónico al enlace del proceso auditado, solicitando atención a las preguntas que no fueron respondidas en la segunda mesa de trabajo y evidencias como producto de mesa; esta solicitud fue respondida el 20 de septiembre de 2021.
* El 20 de septiembre de 2021 se envió correo electrónico al enlace del proceso auditado, solicitando atender el alcance de información suministrada como parte de la primera mesa de trabajo. La solicitud fue respondida el 21 y 22 de septiembre.
* El día 12 de octubre de 2021, mediante memorando 20211600106353, se remitió al responsable directivo del proceso, el informe preliminar para ser analizado y presentar los análisis y soportes que desvirtúen los 22 hallazgos y las dos (2) observaciones identificados durante la auditoría.
* El día 26 de octubre de 2021, mediante memorando 20211500110163, se recibe del proceso respuesta al informe preliminar de auditoría, donde no se aceptan 3 de los 22 hallazgos identificados.
* Entre el 29 de octubre y 03 de noviembre de 2021 se analizó la respuesta presentada por el equipo auditado mediante memorando 20211500110163.
* El 4 de noviembre de 2021 se llevó a cabo la reunión de cierre de la auditoría en la cual se informó al equipo auditado el estado final de los hallazgos y se levantó el acta correspondiente la cual fue remitida el 08 de noviembre de 2021
* Se remitió copia al equipo auditado copia de los memorandos de los hallazgos que se trasladaron a otros procesos así:
  + Memorando 20211600113373 firmado el 16 de noviembre de 2021. Asunto**:** *Se traslada a Secretaría General, PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FÍSICOS – GREF, un (1) hallazgo evidenciado en la auditoría de gestión al proceso DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO E INNOVACIÓN – DESI, relacionado con la inclusión en ORFEO de un documento del proceso GREF en un expediente contractual en DESI.*
  + Memorando 20211600113383 firmado el 24 de noviembre de 2021. Asunto**:** *Se trasladan a Secretaría General, PROCESO GESTIÓN CONTRACTUAL – GCON, dos (2) hallazgos evidenciados en la Auditoría de Gestión al Proceso DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO E INNOVACIÓN – DESI relacionados con la no publicación de documentos en SECOP II y documentos incluidos en expedientes contractuales que no corresponden*.
* Mediante radicado 202116000113803 firmado el 25 de noviembre se remite el informe final de auditoría y se solicita la formulación del plan de mejoramiento.

# CONCLUSIÓN:

Como resultado de la evaluación al cumplimiento de los puntos de control que debe aplicar el Proceso DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO E INNOVACIÓN en desarrollo de sus actividades definidas en el objeto y alcance de la auditoría, se identificaron debilidades y oportunidades de mejora distribuidas en **19 hallazgos, 3 observaciones y 3 recomendaciones**; lo anterior, en pro de mitigar los riesgos dentro del proceso e implementar controles que fortalezcan el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y el Sistema de Control Interno-SIC de la UAERMV.

# Relación de hallazgos por tema evaluado:

* Direccionamiento estratégico de la entidad - Política Planeación Institucional y sus lineamientos generales contenidos en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 3 de diciembre de 2019. **Tres (3) hallazgos.**
* Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001 - VERSIONES 12, 13 y 14 en los numerales 3.1. Elaboración, actualización o anulación de la información documentada; 3.2. Revisión y aprobación de los documentos y 3.3.1 Inventario de la Información documentada. **Nueve (9) hallazgos.**
* Confiabilidad, disponibilidad e integridad de la información de las bases de datos que se manejan en el desarrollo de la auditoría. **Tres (3) hallazgos.**
* Seguimiento a las recomendaciones generadas en la auditoría ejecutada al proceso en 2019, informe enviado mediante memorando 20191600044793 del 24 de septiembre de 2019. **Un (1) hallazgo.**
* Cumplimiento del Manual de Supervisión e Interventoría de la UAERMV. **Tres (3) hallazgos Relación de observaciones y recomendaciones por tema evaluado**:
* Riesgos identificados en el control de información documentada. **una (1) observación y una (1) recomendación.**
* Confiabilidad, disponibilidad e integridad de la información de las bases de datos que se manejan en el desarrollo de la auditoría. **una (1) observación y una (1) recomendación.**
* Cumplimiento del Manual de Supervisión e Interventoría de la UAERMV. **una (1) observación y una**
  1. **recomendación.**

|  |
| --- |
| **HALLAZGOS DE LA AUDITORÍA:** |
| **TEMA: Direccionamiento estratégico de la entidad - Política Planeación Institucional y sus lineamientos generales contenidos en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 3 de diciembre de 2019**  En la primera mesa de trabajo sesionada el 13 de septiembre de 2021, se trataron con el equipo del proceso auditado los controles asociados con la evaluación del direccionamiento estratégico de la entidad a través de la política Planeación Institucional y sus lineamientos generales contenidos en el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, versión 3 de diciembre de 2019 del Departamento Administrativo de la Función Pública.  **HALLAZGO No. 1:**  En la mesa de trabajo del 13 de septiembre de 2021, se observó que la política de Planeación Institucional del Manual Operativo MIPG requiere como lineamiento que las entidades efectúen el diagnostico de capacidades para entregar los resultados previstos; y, según fue comunicado en la reunión por los integrantes del equipo auditado: *"este diagnóstico es homogéneo con la matriz DOFA de la UAERMV"*, así mismo, se observó que este análisis debe efectuarse como mínimo 1 vez al año porque la medición del desempeño institucional es anual a través del Formulario Único de Reporte y Avance a la Gestión - FURAG; no obstante, se identificó que la entidad al corte del alcance de la auditoría no cuenta con un DOFA actualizado; el último aprobado por el Comité Directivo SIG esta oficializado mediante acta del 11 de octubre de 2018.  Si bien es cierto, mediante el Procedimiento de Planeación Estratégica DESI-PR-009, versión 1 de diciembre de 2020, describe en la actividad 1 *"Solicitar a los procesos de la entidad, la actualización de la matriz DOFA"*, no se precisa la frecuencia con que se realizará la actividad.  Por lo anterior, **SE EVIDENCIÓ** que el Procedimiento de Planeación Estratégica DESI-PR-009, versión 1 de diciembre de 2020, no tiene documentada la frecuencia de la actividad *"Solicitar a los procesos de la entidad, la actualización de la matriz DOFA"*; situación que no permite garantizar el cumplimiento al lineamiento de efectuar diagnóstico de capacidades para entregar los resultados previstos que se miden anualmente a través del FURAG.  Lo anterior incumple con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, en su numeral 3:  *Numeral 3: Cada Responsable Directivo de Proceso en su rol de primera línea de defensa para la prevención de riesgos y la generación de controles debe asegurarse de que todos los documentos o información documentada del Sistema de Gestión que aplican en su dependencia se encuentran establecidos, documentados, implementados y mantenidos de acuerdo con la normatividad vigente y necesidades del proceso.*  **Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021: |

***“****Se acepta y se incluirá en el Plan de Mejoramiento la actividad de registrar en el procedimiento DESI- PR-009 la periodicidad anual para la revisión de la DOFA por los procesos”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**HALLAZGO No. 2: (Hallazgo No. 2 en el informe preliminar)**

En la mesa de trabajo del 13 de septiembre de 2021, se observó que la política de Planeación Institucional del Manual Operativo MIPG requiere como lineamiento que las entidades analicen el contexto interno y externo de la entidad para la identificación de los riesgos; y, según fue comunicado junto con la evidencia suministrada (grabación por Teams) por los integrantes del equipo del proceso auditado que el 30 de noviembre de 2020 se socializó la metodología de riesgos 2021, donde se indicó a los procesos que para actualizar el mapa de riesgos se debía analizar el contexto interno y externo.

No obstante, se identificó en el mapa de riesgos institucional 2021 publicado en el link de transparencia de la WEB de la entidad, que los procesos no registran (documentan) el análisis del contexto interno y externo para la identificación de riesgos; esta situación impide:

1. evidenciar el cumplimiento por parte de los procesos a la aplicación de la metodología socializada por el Proceso DESI, respecto del análisis del contexto;
2. evidenciar el cumplimiento del lineamiento señalado en el manual operativo descrito anteriormente; y,
3. realizar por parte de la tercera línea de defensa la evaluación de las actividades adelantadas frente al análisis de contexto requerido anualmente a través del Formulario Único de Reporte y Avance a la Gestión - FURAG, en las preguntas así:
   * FURAG 2021, Pregunta 14: El jefe de control interno de la entidad o quien hace sus veces, en el marco de sus roles y en desarrollo de su Plan anual de auditorías: *"¿Evalúa las actividades adelantadas frente al análisis de contexto y de identificación del riesgo?"*.
   * FURAG 2020, pregunta 9. El jefe de control interno de la entidad o quien hace sus veces, en el marco de sus roles y en desarrollo de su Plan anual de auditorías: *"¿Evalúa las actividades adelantadas frente al análisis de contexto y de identificación del riesgo?"*.

Por lo anterior, **SE EVIDENCIÓ** que, aunque el proceso DESI realiza actividades de socialización de la metodología de riesgos, respecto del análisis de contexto, no se evidencia en la matriz de riesgos institucional publicada en el link de transparencia que los procesos hayan analizado y asociado para cada riesgo el contexto por el cual se identificó.

Lo anterior incumple parcialmente con el Manual Operativo de MIPG, política de Planeación Institucional, lineamiento:

*"Analizar el contexto interno y externo de la entidad para la identificación de los riesgos y sus posibles causas, así como retos, tendencias y oportunidades de mejora e innovación en la gestión"*.

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****De acuerdo al manual de política de administración de riesgos se cumple con el rol de segunda línea en donde “Asesorar a la línea estratégica en el análisis del contexto interno y externo, para la definición de la política de riesgos, el establecimiento de los niveles de impacto y el nivel de aceptación del riesgo.” Porque se lleva al CIGD el resultado de consolidar las DOFA de los procesos, y es por esto que este instrumento se aprueba por los miembros del CIGD Adicional seguimos el ejemplo o la sugerencia que da DAFP en su guía para la matriz de riesgos institucional donde el contexto es un insumo para la*

*identificación y no un elemento constitutivo de la matriz. Por lo que la OAP en la socialización de política de riesgos siempre explica que se debe revisar el DOFA para la identificación de riesgos, por lo anterior no se acepta el hallazgo”*.

**Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado:** Los argumentos presentados no desvirtúan que, como en forma previa a la identificación de sus riesgos, los procesos no hayan analizado y asociado para cada riesgo el contexto por el cual se identificó.

Si bien es cierto, en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 5 de diciembre de 2020, no indica que se deba registrar en la matriz de riesgos y controles el contexto de identificación de riesgos; se identificó que los procesos no registran (documentan) el análisis del contexto interno y externo para la identificación de riesgos, lo anterior, impide:

1. evidenciar el cumplimiento por parte de los procesos a la aplicación de la metodología socializada por el Proceso DESI, respecto del análisis del contexto;
2. evidenciar el cumplimiento del lineamiento señalado en el manual operativo descrito anteriormente; y,
3. realizar por parte de la tercera línea de defensa la evaluación de las actividades adelantadas frente al análisis de contexto requerido anualmente a través del Formulario Único de Reporte y Avance a la Gestión - FURAG, en las preguntas 14 y 9 de los FURAG 2021 y 2020; respectivamente.

Por lo anterior, es necesario modificar la redacción original del hallazgo frente al argumento expresado por el proceso auditado, en los siguientes términos:

# HALLAZGO No. 2. (REDACCIÓN AJUSTADA)

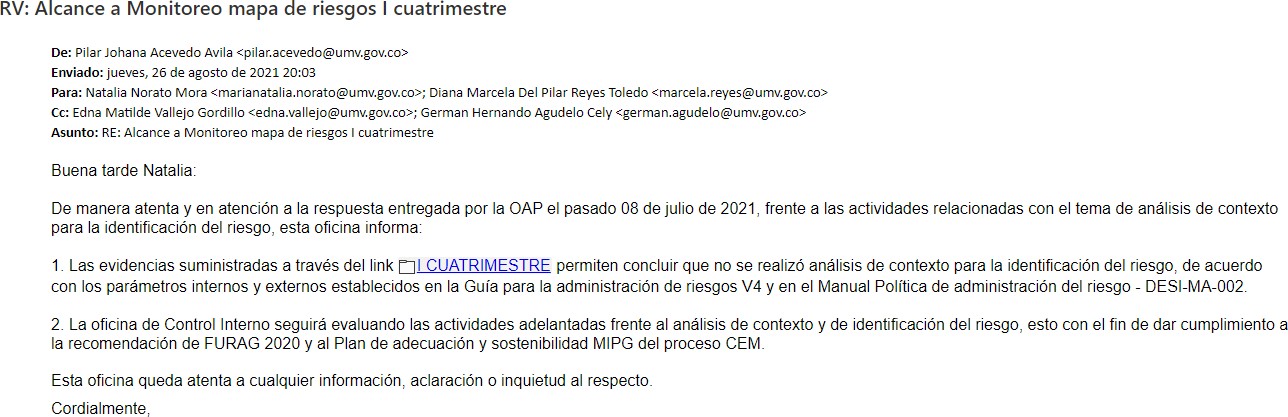
En la mesa de trabajo del 13 de septiembre de 2021, se identificó que la Política de Planeación Institucional del Manual Operativo MIPG requiere como lineamiento que las entidades analicen el contexto interno y externo de la entidad para la identificación de los riesgos; y, según fue comunicado junto con la evidencia suministrada (grabación por Teams) por los integrantes del equipo del proceso auditado, el 30 de noviembre de 2020 se socializó la metodología de riesgos 2021, donde se indicó a los procesos que para actualizar el mapa de riesgos se debía analizar el contexto interno y externo.

No obstante, en las evidencias no se identificó que los procesos tengan documentados los análisis del contexto interno y externo para la identificación de cada riesgo; esta situación impide:

1. Evidenciar el cumplimiento por parte de los líderes de los procesos de la aplicación de la metodología socializada por el Proceso DESI, respecto del análisis del contexto;
2. Evidenciar el cumplimiento del lineamiento señalado en el manual operativo descrito anteriormente; y,
3. Realizar, por parte de la tercera línea de defensa, la evaluación de las actividades adelantadas frente al análisis de contexto requerido anualmente acorde con lo que solita el Formulario Único de Reporte y Avance a la Gestión - FURAG, en las preguntas:
   * FURAG 2021, Pregunta 14: El jefe de control interno de la entidad o quien hace sus veces, en el marco de sus roles y en desarrollo de su Plan anual de auditorías: *"¿Evalúa las actividades adelantadas frente al análisis de contexto y de identificación del riesgo?".*
   * FURAG 2020, pregunta 9. El jefe de control interno de la entidad o quien hace sus veces, en el marco de sus roles y en desarrollo de su Plan anual de auditorías: *"¿Evalúa las actividades adelantadas frente al análisis de contexto y de identificación del riesgo?".*

De otra parte, en reunión interna del equipo de la Oficina de Control Interno- OCI del 03 de noviembre de 2021, donde se analizó la solicitud del proceso DESI de retirar el hallazgo, se identificó que, como parte de la actividad “ *El jefe de control interno de la entidad o quien hace sus veces, en el marco de sus roles y en desarrollo de su*

*Plan anual de auditorías ¿Evalúa las actividades adelantadas frente al análisis de contexto y de identificación del riesgo?"* contenida en el Plan de Adecuación y Sostenibilidad 2021 del MIPG a cargo del proceso Control, Evaluación y Mejora-CEM, el 26 de agosto de 2021 la profesional OCI que consolida, le remitió correo electrónico a la Oficina Asesora de Planeación-OAP (segunda línea de defensa) informándole que producto de la evaluación al monitoreo de mapa de riesgos realizado por esta dependencia (tercera línea de defensa), correspondiente al primer cuatrimestre de 2021 (periodo de la auditoría) se concluyó : “*no se realizó análisis del contexto para la identificación del riesgo, de acuerdo con los parámetros internos y externos establecidos en la Guía para la Administración de Riesgos V4 y en el Manual Política de Administración del Riesgo - DESI- MA-002”.*



Se adjunta pantallazo de la comunicación, del cual a la fecha de presentación de este informe no se ha recibido respuesta adicional:

**Fuente:** tomado de la traza de correos electrónicos cursados entre las oficinas OAP y OCI durante junio y agosto de 2021

Por lo anterior, **SE EVIDENCIÓ** que, aunque el proceso DESI realiza actividades de socialización de la metodología de riesgos a todos los procesos, respecto del análisis previo de contexto interno y externo, no se recibió evidencia que demuestre que estos análisis son realizados para la identificación de cada riesgo.

Lo anterior incumple parcialmente con el Manual Operativo de MIPG, Política de Planeación Institucional, lineamiento:

*"Analizar el contexto interno y externo de la entidad para la identificación de los riesgos y sus posibles causas, así como retos, tendencias y oportunidades de mejora e innovación en la gestión".*

# HALLAZGO No. 3:

En la mesa de trabajo del 13 de septiembre de 2021 se observó que la política de Planeación Institucional del Manual Operativo MIPG establece como lineamiento *"Se deben atender los lineamientos previstos en las normas para la formulación de los planes estratégicos"*; para lo cual se solicitó mediante correo electrónico del 14 de septiembre de 2021 al equipo del proceso auditado el cronograma para la actualización de la plataforma estratégica de la vigencia 2021 que señala la actividad 5 del procedimiento Planeación Estratégica DESI-PR- 009, versión 1 de diciembre de 2020.

|  |
| --- |
| No obstante, **SE EVIDENCIÓ** la inexistencia del cronograma y su socialización dado que en la entrega de la información realizada el 17 de septiembre de 2021, por parte del proceso auditado, en atención a la solicitud, no fue entregado.  Por lo tanto, no fue posible evidenciar el cumplimiento al punto de control registrado en el procedimiento Planeación Estratégica DESI-PR-009 versión 1 respecto del cronograma para la actualización de la plataforma estratégica, requerido previamente a la formulación del plan estratégico institucional de la entidad que al corte del alcance de la auditoría ésta pendiente por aprobación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño- CIGD.  Lo anterior incumple la actividad 5 del procedimiento Planeación Estratégica DESI-PR-009, versión 1  *"Definir y socializar el cronograma para la actualización de la plataforma estratégica"*.  **Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:  ***“****Se acepta y se incluirá en el Plan de mejoramiento la actividad denominada cronograma de revisión de la plataforma estratégica para el año 2022”*.  **Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado:** el hallazgo **SE ACEPTA** |
| **TEMA: Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001 - VERSIONES 12, 13 y 14 en los numerales 3.1. Elaboración, actualización o anulación de la información documentada; 3.2. Revisión y aprobación de los documentos y 3.3.1 Inventario de la Información documentada.**  En la segunda mesa de trabajo sesionada el 15 de septiembre de 2021, se trataron con el equipo del proceso auditado los controles asociados con los lineamientos establecidos en el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001.  **HALLAZGO No. 4:**  En la mesa de trabajo del 15 de septiembre de 2021 se indagó al equipo del proceso auditado ¿el proceso DESI revisó que los procesos que hayan tramitado la creación, actualización o anulación de documentos efectuaron el registro en el formato Listado Maestro de Información Documentada?; como respuesta se recibió: *"esta actividad no se está haciendo"*; por lo anterior, **SE EVIDENCIÓ** que el proceso no ejecuta los controles, como segunda línea de defensa, descritos en el instructivo Control de Información Documentada; esta situación no garantiza que los procesos hayan efectuado el respectivo mantenimiento al listado maestro de información documentada, la cual opera como una herramienta que consolida el inventario de documentos de cada uno de los procesos en el Sistema de Gestión y a través de la cual se controla la fecha vigente del documento.  Lo anterior incumple con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, numerales 3.2:  *“Numeral 3.2: Control documental, Asesor OAP: Validar el Listado Maestro de Información Documentada”*. |

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****La Entidad avanza en la actualización del Listado Maestro de Documentos, se adjunta el listado en su estado actual, y se solicita reclasificar el hallazgo como observación”*.

**Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado:** Los argumentos presentados no desvirtúan que el proceso no ejecuta los controles como segunda línea de defensa descritos en el instructivo Control de Información Documentada

Si bien es cierto, la entidad avanza en la actualización del listado maestro de documentos, para el periodo en evaluación, no se identificó el cumplimiento del numeral 3.2. Control documental del Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14; por lo tanto, en el plan de mejoramiento a formular es necesario se registren acciones correctivas para evitar que este tipo de situaciones se presente nuevamente. Por lo anterior, el hallazgo **SE RATIFICA.**

# HALLAZGO No. 5:

En la mesa de trabajo del 15 de septiembre de 2021, se identificó que en el cuadro documentado en el numeral

3.1. de elaboración, actualización o anulación de la información documentada, del instructivo Control de Información Documentada, se registra *"sistema de gestión de la calidad"*; no obstante, **SE EVIDENCIÓ** desactualización del instructivo por cuanto aún se registra el Sistema de Gestión de la Calidad y de acuerdo con el Decreto 1499 de 2017 *"Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015"* artículo 1, artículo 2.2.22.1.1. Sistema de Gestión, los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad se integraron al Sistema de Gestión.

Lo anterior incumple con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, en su numeral 3:

*“Numeral 3: Cada Responsable Directivo de Proceso en su rol de primera línea de defensa para la prevención de riesgos y la generación de controles debe asegurarse de que todos los documentos o información documentada del Sistema de Gestión que aplican en su dependencia se encuentran establecidos, documentados, implementados y mantenidos de acuerdo con la normatividad vigente y necesidades del proceso".*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se acepta y se incluirá en el Plan de Mejoramiento una actividad para realizar la actualización del instructivo Control de Información Documentada, DESI-IN-001, versión 14, en su numeral 3”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**HALLAZGO No. 6:**

En la mesa de trabajo del 15 de septiembre de 2021 se indagó al equipo del proceso auditado, si se realizan revisiones documentales periódicas del listado maestro de documentos de los procesos; como respuesta se recibió: "*esta actividad no se ésta haciendo"*; por lo anterior, **SE EVIDENCIÓ** que el proceso no ejecuta los controles descritos en el instructivo Control de Información Documentada; esta situación impide identificar el estado actual de los listados maestros de documentos de los procesos de la entidad.

Lo anterior incumple con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, numeral

3.3.1 3.3.1 INVENTARIO DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA:

*Numeral 3.3.1 "NOTA: La Oficina Asesora de Planeación realizará REVISIONES DOCUMENTALES periódicamente del listado maestro, para verificar e inventariar que los documentos referenciados corresponden realmente a la última versión. Esta revisión permite observar el estado actual del listado de los documentos controlados y emitidos".*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se acepta y se incluirá en el plan de mejoramiento una actividad de revisión documental del listado maestro de documentos de los procesos. Conforme a lo dispuesto en el Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, numeral 3.3.1 3.3.1 INVENTARIO DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**HALLAZGO No. 7:**

En la mesa de trabajo del 15 de septiembre de 2021 se indagó al equipo del proceso auditado, si el formato DESI-FM-012 FORMATO DE REVISIÓN DOCUMENTAL DE PROCESOS publicado en SISGESTION al corte

de la auditoría ésta siendo utilizado por el proceso; como respuesta se recibió: *"en los últimos años no se ha estado utilizando"*; por lo anterior, **SE EVIDENCIÓ** que el proceso carece de controles para verificación de la información publicada en el SISGESTION del proceso DESI, toda vez que se identificó un formato inutilizable por este.

Lo anterior incumple con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, en sus numerales 3 y 3.1:

*“Numeral 3: Cada Responsable Directivo de Proceso en su rol de primera línea de defensa para la prevención de riesgos y la generación de controles debe asegurarse de que todos los documentos o información documentada del Sistema de Gestión que aplican en su dependencia se encuentran establecidos, documentados, implementados y mantenidos de acuerdo con la normatividad vigente y necesidades del proceso"*.

*“Numeral 3.1 - Anulación: "Cuando los documentos ya existen en Proceso, pero ya no se hace necesaria su existencia en el Sistema de Gestión de la Calidad, por efecto de unión con otros documentos referentes, la eliminación del objetivo del documento o simplemente por decisión del responsable del proceso al que pertenece."*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se Acepta y se incluirá en el Plan de Mejoramiento una actividad orientada a revisar la vigencia de todos los formatos del proceso y su correspondencia con los procedimientos”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**HALLAZGO No. 8:**

En la mesa de trabajo del 15 de septiembre de 2021 se identificó que en el numeral 3.2 de revisión y aprobación documental, del instructivo Control de Información Documentada, se registra: *"Una vez se realicen observaciones, se ajuste y se apruebe, la documentación debe ser enviada al Proceso DESI en medio magnético y físico para su custodia"*; no obstante, según informó el equipo del proceso auditado *"las aprobaciones documentales se tramitan por Orfeo, sin requerir físicos dado que el formato acepta firmas electrónicas en la herramienta Orfeo"*; por lo anterior, **SE EVIDENCIÓ** desactualización del instructivo por cuanto aún se registra el medio físico para el trámite y custodia de las aprobaciones documentales.

Lo anterior incumple con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, en su numeral 3:

*“Numeral 3: "Cada Responsable Directivo de Proceso en su rol de primera línea de defensa para la prevención de riesgos y la generación de controles debe asegurarse de que todos los documentos o información documentada del Sistema de Gestión que aplican en su dependencia se encuentran establecidos, documentados, implementados y mantenidos de acuerdo con la normatividad vigente y necesidades del proceso".*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se acepta y se incluirá en el Plan de Mejoramiento la actividad de eliminar de todos los documentos del proceso la referencia a entrega de documentos en físico”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**HALLAZGO No. 9:**

En la mesa de trabajo del 15 de septiembre de 2021 fueron formuladas preguntas derivadas de: 1) la identificación de puntos de control del numeral 3.2. Revisión y Aprobación de los Documentos del instructivo de control de información documentada DESI-IN-001, versión 14; y, 2) la prueba de recorrido efectuada en la reunión con la solicitud de aprobación documental 20211120011063 de enero de 2021.

Del ejercicio adelantado se identificaron puntos de control que realiza el proceso no documentados en el instructivo y otras actividades que no se ejecutan durante el trámite de aprobación documental necesarias para su monitoreo efectivo, así:

**Pregunta equipo auditor.** ¿Cuál es la evidencia resultante de las verificaciones descritas en la fila “Control Documental” del cuadro de funciones del numeral 3,2?

**Respuesta equipo proceso auditado:** las observaciones resultantes de las verificaciones se registran en Orfeo en cada solicitud o por correo electrónico y se comparten con el proceso solicitante para el respectivo ajuste. **Situación identificada:** el control realizado por el proceso DESI no se encuentra documentado en el instructivo; adicionalmente, en la prueba de recorrido efectuada durante la mesa de trabajo a la solicitud de aprobación documental con radicado 20211120011063 de enero de 2021, se identificó que las observaciones no fueron registradas en Orfeo; como respuesta del proceso a esta situación, se obtuvo: *“para agilizar el proceso de reportar las observaciones identificadas y recibir los ajustes, se envían por correo electrónico”*; no obstante, esta situación impide obtener evidencia inmediata de las verificaciones ni tampoco se documenta en el instructivo.

**Pregunta equipo auditor:** ¿El proceso cuenta con un listado consolidado de las solicitudes de novedades realizadas por los procesos para identificar la oportunidad, completitud y efectividad de la solicitud atendida? **Respuesta equipo proceso auditado:** cada integrante registra en una tabla de Excel (no documentada) las novedades efectivamente terminadas y no se tiene un listado consolidado ya que el control de las solicitudes de novedades se ejecuta desde que se recibe el formato de actualización documental por Orfeo y se surte el trámite durante el mes de la solicitud.

**Situación identificada:** Al no tener un listado consolidado de las solicitudes de las novedades realizadas por los procesos no permite identificar la oportunidad, completitud y efectividad de las solicitudes atendidas por DESI, impidiendo monitorear la calidad del servicio. Así mismo, se identificó que los integrantes de DESI registran en cuadros de Excel con diferente diseño el estado de las solicitudes de novedades; no obstante, este control de registro en cuadros no ésta documentado en el instructivo.

**Pregunta equipo auditor:** Una vez finaliza el trámite de aprobación documental con la firma electrónica en Orfeo de la Jefe de Oficina Asesora de Planeación, ¿se informa por Orfeo al proceso solicitante de la novedad documental de esta aprobación?:

**Respuesta equipo proceso auditado:** no, pero se informa a través de los correos electrónicos semanales enviados desde la cuenta e-mail LAUMVTEINFORMA las novedades documentales

**Situación identificada:** en la solicitud de aprobación documental con radicado 20211120011063 de enero de 2021 durante la mesa de trabajo no se logró identificar en que correo electrónico de la UMVTEINFORMA fue reportada la novedad aprobada y finalizada de ese radicado; esta situación impide a los procesos que reportaron las novedades documentales conocer el estado de aprobación y finalización del trámite oportunamente, toda vez que no se tiene documentado un lineamento en el instructivo para reportar a los procesos esta información necesaria para iniciar la aplicación de la novedad (creación, actualización o anulación).

**Pregunta equipo auditor:** ¿Se pueden hacer consultas en el aplicativo SISGESTION?; adicionalmente, en la mesa de trabajo se solicitó ubicar dos solicitudes de aprobación documental.

**En respuesta del equipo proceso auditado se observó:** un integrante del proceso auditado ilustró a manera de ejemplo la dinámica de efectuar consultas en el aplicativo, eligiendo dos aprobaciones documentales; los formatos GLAB-FM-108-V3 Formato Matriz Densidades, Núcleos y Apliques; y, GDOC-FM-003 Oficio ciudadano; en la prueba se observó para cada caso:

# GLAB-FM-108-V3

* + Se logró identificar el formato GLAB-FM-108 actualizado
  + Se identificó que el documento fue aprobado el 02 de enero de 2021 y fue subido el 12 de junio de 2021 (fecha de registro); es decir, 6 meses después.
  + Se identificó que la aprobación registrada en el formato de aprobación documental del 02 de enero de 2021, coincide con la registrada en SISGESTIÖN

# GDOC-FM-003

* + Se identificó que la aprobación registrada en el formato de aprobación documental del 09 de febrero de 2021, coincide con la registrada en SISGESTIÖN
  + Se identificó que el formato fue subido el 05 de marzo de 2021 (fecha de registro); es decir, 24 días calendario después de su aprobación.

De lo anterior, se amplió la muestra y se solicitó mediante correo electrónico del 16 de septiembre de 2021, suministrar evidencia de consulta en el aplicativo SISGESTION para 5 radicados con el fin de verificar la diferencia en fechas entre, la aprobación documental por la jefe OAP y el registro de novedad en SISGESTION; de esta prueba se obtuvo el siguiente resultado:

**Situación identificada** no ésta documentado en el instructivo el rango de tiempo para subir los documentos a SISGESTION una vez fueron aprobados por la jefe de la Oficina Asesora de Planeación, a través de la firma electrónica en DESI-FM-008 Formato Aprobación Documental; esta situación demuestra la discrecionalidad en tiempo para cargar los archivos a SISGESTION, impidiendo establecer un límite de tiempo para que los procesos conozcan desde cuando pueden registrar o consultar los documentos creados, actualizados o anulados en SISGESTION.

Por lo anterior, **SE EVIDENCIÓ** incompletitud en la documentación de controles registrados en el instructivo que promuevan el adecuado monitoreo de las solicitudes de aprobación documental atendidas por DESI para ofrecer a los procesos de la entidad, oportunidad, completitud y efectividad en la calidad del servicio.

En síntesis, las cinco (5) debilidades identificadas en el instructivo, son:

* No se documenta el dónde y cómo se deben registrar las observaciones asociadas con la verificación realizada por el proceso DESI al cuadro de funciones del numeral 3.2.
* No se tiene un listado consolidado de las solicitudes atendidas por DESI que permita identificar la oportunidad, completitud y efectividad en los trámites de solicitud de aprobación documental para monitorear la calidad del servicio; lo anterior, debido a que el proceso DESI distribuyó entre varios integrantes los procesos de la entidad para atender las solicitudes, los cuales administran los trámites en cuadros de Excel con diferente diseño para el registro de información.
* No se documenta el dónde, cómo y cuándo se debe informar al proceso que la solicitud de trámite de aprobación documental finalizó.
* No se documenta el cuándo y cómo se debe informar a la entidad a través del correo electrónico LAUMVTEINFORMA la novedad documental tramitada (creación, actualización o modificación); así mismo, esta situación impide identificar los criterios y actividades que garantizan el cumplimiento de la política de operación registrada en la Caracterización del proceso Direccionamiento Estratégico e Innovación DESI-CP-001 *"Cada novedad de la información documentada deberá ser divulgada a todos los colaboradores de la Unidad, por los canales de comunicación internos"*
* No se documenta el cuándo se debe registrar en SISGESTION la novedad del documento (creación, actualización o eliminación) una vez fue aprobada la solicitud por la jefe OAP.

Lo anterior INCUMPLE con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, en su numeral 3:

*“Numeral 3: "Cada Responsable Directivo de Proceso en su rol de primera línea de defensa para la prevención de riesgos y la generación de controles debe asegurarse de que todos los documentos o información documentada del Sistema de Gestión que aplican en su dependencia se encuentran establecidos, documentados, implementados y mantenidos de acuerdo con la normatividad vigente y necesidades del proceso"*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se acepta y se incluirá en el Plan de Mejoramiento una actividad en el sentido de que se modificará el Instructivo en los siguientes aspectos: ·*

* *Documentar el dónde y cómo se deben registrar las observaciones asociadas con la verificación realizada por el proceso DESI al cuadro de funciones del numeral 3.2.*
* *Elaboración del listado consolidado de las solicitudes atendidas por DESI que permita identificar la oportunidad, completitud y efectividad en los trámites de solicitud de aprobación documental para monitorear la calidad del servicio.*
* *Documentar el dónde, cómo y cuándo se debe informar al proceso que la solicitud de trámite de aprobación documental finalizó.*
* *Documentar el cuándo y cómo se debe informar a la entidad a través del correo electrónico LAUMVTEINFORMA la novedad documental tramitada (creación, actualización o modificación).*
* *Documentar el cuándo se debe registrar en SISGESTION la novedad del documento (creación, actualización o eliminación) una vez fue aprobada la solicitud por la jefe OAP.”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**HALLAZGOS No. 10, 11 y 12:**

En la mesa de trabajo del 15 de septiembre de 2021 y mediante correo electrónico del 16 de septiembre se solicitó al equipo del proceso auditado informar el cómo, cuándo y bajo que parámetros se realizó la revisión de toda la información documentada de los procesos para las vigencias 2019 y 2020, teniendo en cuenta la política de operación registrada en la Caracterización del proceso Direccionamiento Estratégico e Innovación DESI-CP- 001 *"Toda la información documentada de los procesos se revisará una vez por año o cuando se requiera bajo el enfoque de mejora continua"*; en atención a la solicitud, el proceso suministró un archivo en Excel rotulado "Revisión documental 2019-2020" donde se presume la actividad realizada y 16 formatos DESI-FM-013 FORMATO AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS PROCESOS, versión 4, diligenciados por los procesos de la entidad para la vigencia 2019.

No obstante, de la anterior situación se derivan tres (3) hallazgos:

# HALLAZGO 10:

**SE EVIDENCIÓ** que el proceso DESI no tiene documentados los criterios, parámetros ni actividades que garantizan el cumplimiento de la política de operación *"Toda la información documentada de los procesos se revisará una vez por año o cuando se requiera bajo el enfoque de mejora continua"*

Lo anterior incumple con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, en su numeral 3:

*“Numeral 3: "Cada Responsable Directivo de Proceso en su rol de primera línea de defensa para la prevención de riesgos y la generación de controles debe asegurarse de que todos los documentos o información documentada del Sistema de Gestión que aplican en su dependencia se encuentran establecidos, documentados, implementados y mantenidos de acuerdo con la normatividad vigente y necesidades del proceso".*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se Aceptan los hallazgos 10, 11 y 12 y se incluirá en el Plan de Mejoramiento una actividad orientada a revisar la vigencia de todos los formatos del proceso y su correspondencia con los procedimientos”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**HALLAZGO 11:**

**SE EVIDENCIÓ** que el proceso DESI no efectúo durante la vigencia 2020 la revisión de la documentación de los procesos en cumplimiento de la política de la Caracterización del proceso auditado *"Toda la información documentada de los procesos se revisará una vez por año o cuando se requiera bajo el enfoque de mejora continua"*.

Lo anterior incumple con la Caracterización del proceso Direccionamiento Estratégico e Innovación DESI-CP- 001 en su política de operación *"Toda la información documentada de los procesos se revisará una vez por año o cuando se requiera bajo el enfoque de mejora continua"*

# Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:

***“****Se Aceptan los hallazgos 10, 11 y 12 y se incluirá en el Plan de Mejoramiento una actividad orientada a revisar la vigencia de todos los formatos del proceso y su correspondencia con los procedimientos.”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**HALLAZGO 12: SE EVIDENCIÓ** que el formato DESI-FM-013 FORMATO AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS

PROCESOS, versión 4, no ésta articulado a ningún procedimiento, instructivo o manual del proceso Direccionamiento Estratégico e Innovación que permita asociar el cómo y cuándo de su aplicabilidad.

Lo anterior INCUMPLE con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, en su numeral 3:

*"Numeral 3: Cada Responsable Directivo de Proceso en su rol de primera línea de defensa para la prevención de riesgos y la generación de controles debe asegurarse de que todos los documentos o información documentada del Sistema de Gestión que aplican en su dependencia se encuentran establecidos, documentados, implementados y mantenidos de acuerdo con la normatividad vigente y necesidades del proceso".*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se Aceptan los hallazgos 10, 11 y 12 y se incluirá en el Plan de Mejoramiento una actividad orientada a revisar la vigencia de todos los formatos del proceso y su correspondencia con los procedimientos”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**TEMA: Confiabilidad, disponibilidad e integridad de la información de las bases de datos que se manejen en el desarrollo de la auditoría.**

En la segunda mesa de trabajo sesionada el 15 de septiembre de 2021, se trataron puntos de control asociados con: 1) la confiabilidad, disponibilidad e integridad de la información del aplicativo SISGESTION cuyo link es [http://umv.gov.co/sisgestion2019/index.php;](http://umv.gov.co/sisgestion2019/index.php) 2) los usuarios que a la fecha tienen acceso al sistema para actualizarlo; y, 3) el procedimiento realizado para la creación o retiro de usuarios.

# HALLAZGO No. 13:

En la mesa de trabajo del 15 de septiembre de 2021 se formuló la pregunta al equipo del proceso auditado del aplicativo SISGESTION ¿El aplicativo cuenta con un manual de usuario para manejo y que demuestre el procedimiento cuando existen cambios de usuarios?, como respuesta se recibió: *"por el tema remoto se da una capacitación virtual en Teams sobre la administración y manejo de la herramienta porque son solamente 3 opciones (cargar, actualizar o eliminar el documento)"*; por lo anterior, **SE EVIDENCIÓ** la inexistencia de un manual de usuario para manejo y tratamiento de usuarios, ocasionando que el conocimiento de la operatividad, administración y funcionalidad del aplicativo SISGESTION se desprenda exclusivamente del Web Master de la entidad y parcialmente de los usuarios que actualmente registran información en él.

Lo anterior INCUMPLE con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, en su numeral 3:

*“Numeral 3: "Cada Responsable Directivo de Proceso en su rol de primera línea de defensa para la prevención de riesgos y la generación de controles debe asegurarse de que todos los documentos o información documentada del Sistema de Gestión que aplican en su dependencia se encuentran establecidos, documentados, implementados y mantenidos de acuerdo con la normatividad vigente y necesidades del proceso."*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se acepta y se incluirá en el Plan de Mejoramiento una actividad relacionada con publicar en SISGESTION el Manual del Usuario que se viene utilizando informalmente y que se adjunta”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**HALLAZGO No. 14:**

En la mesa de trabajo del 15 de septiembre de 2021 se formularon dos preguntas al equipo del proceso auditado del aplicativo SISGESTION: ¿La actualización de usuarios cómo se realiza? y ¿las novedades para activación o desactivación son comunicadas por correo electrónico?, como respuestas se recibieron en cada caso: *"generalmente hay una alerta que por finalización de contrato, se informa y por el sistema se hace la desactivación; una vez queda desactivado, se crea la novedad para asignar o crear otro usuario"* y *"generalmente no se comunican por correo o algún otro medio, porque no son frecuentes; hace poco hubo la desactivación de una profesional especializada y la activación de un profesional especializado, quien asume las funciones de la anterior"*; por lo anterior, **SE EVIDENCIÓ** la inexistencia de un procedimiento o lineamiento documentado para la activación o desactivación de usuarios con acceso al aplicativo SISGESTION; esta situación no garantiza la integridad y confiabilidad de la información, dada la falta de controles documentados que mitiguen riesgos asociados con el ingreso y registro malintencionado de información al aplicativo.

Lo anterior INCUMPLE con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, en su numeral 3:

*“Numeral 3: "Cada Responsable Directivo de Proceso en su rol de primera línea de defensa para la prevención de riesgos y la generación de controles debe asegurarse de que todos los documentos o información documentada del Sistema de Gestión que aplican en su dependencia se encuentran establecidos, documentados, implementados y mantenidos de acuerdo con la normatividad vigente y necesidades del proceso.*"

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se acepta y se incluirá en el Plan de Mejoramiento una actividad relacionada con publicar en el Sisgestión el Manual del Usuario que se viene utilizando informalmente y que se adjunta”*.

**Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado:** el hallazgo **SE ACEPTA;** no obstante, en el manual de usuario adjunto a la respuesta no ésta incluido las actividades asociadas con el procedimiento administrativo para la activación o desactivación de usuarios.

# HALLAZGO No. 15:

En la mesa de trabajo del 13 de septiembre de 2021 se solicitaron los formatos en Excel de los usuarios y roles que pueden ingresar al Sistema de Seguimiento Proyectos de Inversión - SPI del MGA del Departamento Nacional de Planeación - DNP y el Sistema de Seguimiento a los Programas Proyectos y Metas al Plan de Desarrollo -SEGPLAN con Secretaria Distrital de Planeación. SDP; en atención a la solicitud, fueron suministrados por correo electrónico los formatos de cada sistema.

Producto del análisis de la información de usuarios entregada, se identificó en los Excel la existencia de un usuario SPI y dos usuarios SEGPLAN con solicitud de retiro; derivado de lo anterior, fue requerido al equipo del proceso auditado informar las fechas y suministrar evidencia (correos electrónicos) en la que se solicitaron a la Secretaría Distrital de Planeación - SDP y Departamento Nacional de Planeación - DNP el retiro de esos usuarios; en respuesta a la solicitud, se identificó que el trámite ante la SDP fue realizado hasta el 21 de abril de 2021; no obstante, en consulta realizada a la matriz contractual de la entidad, vigencia 2020, se observó que las dos responsables de esos usuarios terminaron contratos el 26 de octubre de 2020 y el 22 de enero de 2021.

De la información solicitada y suministrada respecto del retiro de usuarios en los sistemas SPI y SEGPLAN, se identificó que el procedimiento DESI-PR-001-V11, actividad 2 *"Solicitar creación de usuarios en Metodología General Ajustada y en el Sistema Unificado de Inversiones y Finanzas Públicas para el diligenciamiento de la información"*, cuenta con la observación *"Si alguno de los profesionales responsable de uno de estos roles no pueda continuar desarrollando su gestión, la Oficina Asesora de Planeación a través de documento deberá solicitar la desactivación del usuario anterior y el registro del nuevo"*; en este contexto, **SE EVIDENCIÓ** que el control es incompleto por cuanto no describe la periodicidad en que se debe adelantar el trámite de la desactivación de usuarios: situación que genera riesgos en la integridad y confiabilidad de la información a reportar en esos sistemas de información, por cuanto la gestión de la desactivación de 3 usuarios de dos excontratistas se realizó hasta el 21 de abril de 2021, siendo que habían terminado sus contratos el 26 de octubre de 2020 y 22 de enero de 2021.

Lo anterior INCUMPLE con el Instructivo Control de Información Documentada DESI-IN-001, versión 14, en su numeral 3:

*“Numeral 3: "Cada Responsable Directivo de Proceso en su rol de primera línea de defensa para la prevención de riesgos y la generación de controles debe asegurarse de que todos los documentos o información documentada del Sistema de Gestión que aplican en su dependencia se encuentran establecidos, documentados, implementados y mantenidos de acuerdo con la normatividad vigente y necesidades del proceso".*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se acepta y en el plan de mejoramiento se describirá la acción correctiva de solicitar, una vez finalizada la relación contractual con el usuario registrado, la desactivación del mismo de todos los sistemas en los que reporta información de gestión la UAERMV y se actualizará el control establecido en el procedimiento.”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**TEMA: Seguimiento a las recomendaciones generadas en la auditoría ejecutada al proceso en 2019, informe enviado mediante memorando 20191600044793 del 24 de septiembre de 2019**

Mediante memorando 20211600093293 del 08 de septiembre de 2021 se solicitó al equipo del proceso auditado las evidencias que dan cuenta a la atención de las recomendaciones reportadas en el informe de auditoría ejecutada al proceso en 2019 remitido el 24 de septiembre de 2019 con memorando 20191600044793; en respuesta la solicitud, el equipo auditor recibió por correo electrónico del 14 de septiembre de 2021 las evidencias para realizar su análisis y seguimiento.

# HALLAZGO No. 16:

De las evidencias suministradas por el equipo del proceso auditado que reflejan la atención a las recomendaciones generadas en el informe de auditoría DESI de 2019 y teniendo en cuenta el análisis realizado por el equipo auditor, se identificó que 5 de las 8 recomendaciones fueron atendidas; no obstante, para las 3 remanentes se identificó que continúan en seguimiento; por lo anterior **SE EVIDENCIÓ** incumplimiento parcial al literal g del artículo 4 de la Ley 87 de 1993 *"Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones"* donde establece que bajo la responsabilidad de los directivos se debe por lo menos implementar aspectos que deben orientar la aplicación del control interno, entre ellos, la aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno.

A continuación, se presentan las observaciones de las 3 recomendaciones que no fueron subsanadas:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SEGUIMIENTO RECOMENDACIONES REPORTADAS EN EL INFORME FINAL DE AUDITORÍA INTERNA DESI 2019**  **Realizada en la vigencia 2019. Memorando con radicación 20191600044793 de 2019-09-24.** | | | |
| **N°** | **RECOMENDACIÓN** | **EVIDENCIA DOCUMENTAL APORTADO POR EL**  **PROCESO DESI** | **ESTADO DE LA RECOMENDACIÓN** | **RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO** |
| 1 | Incluir en la estructura de las actas de Comité Directivo un subtítulo para registrar las decisiones adoptadas por el Comité Directivo, con el fin facilitar el cumplimiento de la Resolución 658 de 2018, artículo 2, numeral 5 *"Hacer seguimiento al cumplimiento de las decisiones adoptadas a través de la Secretaría Técnica del Comité"* . | 30 actas del Comité Institucional de Gestión y desempeño suscritas entre octubre de 2019 y mayo de 2021. | EN SEGUIMIENTO | Aunque se identificó en algunas actas el registro de las aprobaciones por los integrantes del comité Institucional de Gestión y Desempeño, se observó que no fue atendida la recomendación de incluir en la estructura de las actas un subtitulo para registrar las decisiones adoptadas por el comité con el fin de facilitar el cumplimiento de la Resolución, 658 de 2018, artículo 2, numeral 5. |
| 2 | Incluir en el normograma todas las normas que apliquen al proceso auditado, verbi gratia, la Resolución Interna 491 del 06 de noviembre 2018, *“Por medio de la cual se adopta la misión, visión, objetivos institucionales, mapa de procesos y política integral de la Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial”* ; adicionalmente, corregir esta resolución dado que se registró en un formato con la antigua dirección Carrera 30 25-90 piso 16 CAD. | Normograma de la entidad en archivo Excel correspondiente al 1er semestre de 2021 | EN SEGUIMIENTO | En la consulta realizada al normograma suministrado y que corresponde al 1er semestre de 2021, no se identificó la inclusión en el proceso DESI de la Resolución 491 de 2018 *“Por medio de la cual se adopta la misión, visión, ob jetivos institucionales, mapa de procesos y política integral de la Unidad Administrativa Especial de Rehab ilitación y Mantenimiento Vial”;* Si bien es cierto, la resolución fue incluida en el proceso APIC, este solamente registra que le aplica el artículo 5, de los 8 que la conforman.  Esta resolución se registró en las observaciones del informe final de auditoria 2019 y por ende se deriva la recomendación en seguimiento. |
|  |  |  |  | El proceso DESI suministró al equipo auditor 57 aprobaciones documentales asociadas al proceso DESI. |
| 3 | Mantener actualizada la información documentada del proceso: caracterización, procedimientos, guías, formatos, entre otros. | 57 aprobaciones documentales asociadas con documentación del proceso DESI. | EN SEGUIMIENTO | No obstante, la recomendación continua en seguimiento dado que se identificó en el proceso de auditoria 2021 la existencia del formato DESI- FM-012 FORMATO DE REVISIÓN DOCUMENTAL  DE PROCESOS publicado en SISGESTION, que a la fecha del alcance de auditoria no se estaba utilizando.  Adicionalmente, se observó que el formato DESI- FM-013 FORMATO AUTOEVALUACIÓN DE LA  CALIDAD DE LOS PROCESOS, versión 4, no ésta asociado a ningún procedimiento, instructivo o manual del proceso Direccionamiento Estratégico e Innovación que permita identificar el cómo y cuándo de su aplicabilidad. |

Fuente. Elaboración propia a partir del seguimiento a las recomendaciones del informe de auditoría DESI 2019.

Lo anterior incumple parcialmente la Ley 87 de 1993, artículo 4, literal g:

*“Artículo 4. Elementos para el Sistema de Control Interno. Toda entidad bajo la responsabilidad de sus directivos debe por lo menos implementar los siguientes aspectos que deben orientar la aplicación del control interno: Literal g: "Aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno".*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se acepta y se incluirán en el Plan de Mejoramiento las siguientes actividades:*

* + *Incluir en el formato de Acta del Comité CIGD un título para registrar las decisiones del Comité.*
  + *Revisar y actualizar el Normograma del proceso y su publicación.*
  + *Revisar la vigencia de todos los formatos del proceso y su correspondencia con los procedimientos”*.

# Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado: el hallazgo SE ACEPTA

**TEMA: Cumplimiento del Manual de Supervisión e Interventoría de la UAERMV**

Se verificó el cumplimiento de lo dispuesto en el Manual de Interventoría y Supervisión de la UAERMV a través de consultas realizadas a los expedientes electrónicos en Orfeo de los siguientes 4 contratos seleccionados de la base suministrada por el proceso auditado en atención a la solicitud de información con memorando 20211600093293 del 08 de septiembre de 2021:

**166 de 2020: OBJETO.** *Prestar servicios profesionales especializados para realizar la gestión de acompañamiento y fortalecimiento a los procesos de la UAERMV, para la implementación y seguimiento del sistema integrado de gestión de la entidad orientados al cumplimiento de las políticas de gestión establecidas para el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG*”

**565 de 2020: OBJETO.** *Prestar servicios profesionales especializados de acompañamiento a la oficina asesora de planeación para adelantar las actividades de análisis y seguimiento de información, asociada a las políticas y planes sectoriales, distritales y nacionales a los que debe dar cumplimiento la UAERMV; así como acompañar el fortalecimiento y continuidad del modelo integrado de planeación y gestión en particular en gestión del conocimiento.*

**109 de 2021: OBJETO.** *Prestar servicios profesionales para orientar y desarrollar actividades para la gestión de nuevas fuentes y mecanismos de financiación orientados al cumplimiento misional y de los propósitos establecidos en el plan de desarrollo distrital de los que tiene competencia la entidad.*

**261 de 2021: OBJETO.** *Prestar servicios profesionales especializados para adelantar las actividades de la oficina asesora de planeación relacionadas con la orientación y gestión integral en la programación, actualización, seguimiento, control y reporte de los proyectos de inversión de la UAERMV.*

De la verificación realizada se identificaron los siguientes hallazgos:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **HALL** | **AZGO No. 17: (Hallazgo No. 18 en el informe preliminar)** |  |
| **Contratos en ejecución que no reportan informes en SECOP II que den cuenta del estado del contrato a la fecha:**  Revisados los informes de actividades publicados para los 4 contratos: 166 y 565 de 2020; y, 109 y 261 del 2021 en SECOP II, **SE EVIDENCIÓ** que la supervisora no remitió, una vez aprobados por ella los informes de actividades al facilitador de la Secretaría General para ser publicados dentro de los tres días siguientes a la fecha de su expedición, tal como se detalla a continuación para cada contrato:  **N° informe Fecha de Fecha de Diferencia Contrato de radicado Orfeo Fecha de publicación en días**  **actividade (firma de publicación según (\*)**  **s supervisor) normatividad**  166 de 2020 1 30/04/2020 15/05/2020 6/05/2020 7  166 de 2020 3 2/07/2020 27/08/2020 7/07/2020 34  166 de 2020 4 3/08/2020 27/08/2020 6/08/2020 14  166 de 2020 5 2/09/2020 23/09/2020 7/09/2020 12  166 de 2020 6 4/10/2020 26/10/2020 7/10/2020 12  166 de 2020 7 10/11/2020 25/11/2020 13/11/2020 7  565 de 2020 1 10/11/2020 27/11/2020 13/11/2020 9  565 de 2020 2 1/12/2020 17/12/2020 4/12/2020 8  565 de 2020 3 30/12/2020 18/02/2021 5/01/2021 31  109 de 2021 1 3/03/2021 12/03/2021 8/03/2021 4  109 de 2021 2 2/04/2021 20/05/2021 7/04/2021 30  109 de 2021 4 20/06/2021 15/07/2021 23/06/2021 15  261 de 2021 1 2/04/2021 20/05/2021 7/04/2021 30  261 de 2021 2 2/04/2021 20/05/2021 7/04/2021 30  261 de 2021 3 7/05/2021 20/05/2021 12/05/2021 5  261 de 2021 4 16/06/2021 16/07/2021 21/06/2021 20  Fuente. Elaboración propia a partir de la revisión en SECOP II  \* Días hábiles entre la fecha de publicación según normatividad una vez fueron firmados por la supervisora y la fecha de publicación registrada en SECOP  **Lo anterior incumple lo establecido en:**   * Numeral 4.2 " *Objeto de la supervisión e interventoría*" del Manual de Interventoría y Supervisión de la UAERMV con código GCON-MA-002, versión 7 que señala:   “*Publicar en el SECOP, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la expedición de las actas, informes y demás documentos que se generen durante el ejercicio de la supervisión o interventoría y* | | |

*remitir al Proceso de Gestión Documental de la Secretaría General los mismos para que se incorporen al expediente contractual. “*

* Artículo 2.2.1.1.1.7.1. del Decreto 1082 de 2015,

*“Publicidad en el SECOP. La Entidad Estatal está obligada a publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición…”*

* Numeral 9 del Artículo 3 de la Ley 1437 de 2011*:*

*“En virtud del principio de publicidad, las autoridades darán a conocer al público y a los interesados, en forma sistemática y permanente, sin que medie petición alguna, sus actos, contratos y resoluciones, mediante las comunicaciones, notificaciones y publicaciones que ordene la ley...”*

Artículo 11, Literal g) de la Ley 1712 de 2014

“… Artículo 11. Información mínima obligatoria respecto a servicios, procedimientos y funcionamiento del sujeto obligado. Todo sujeto obligado deberá publicar la siguiente información mínima obligatoria de manera proactiva: … g) Sus procedimientos, lineamientos, políticas en materia de adquisiciones y compras, así como todos los datos de adjudicación y ejecución de contratos, incluidos concursos y l

icitaciones…”.

* Artículo 7 del Decreto 103 de 2015:

*“Publicación de la información contractual. De conformidad con el literal c) del artículo 3 de la Ley 1150 de 2007, el sistema de información del estado en el cual los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos deben cumplir la obligación de publicar la información de su gestión contractual es el Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP...”*

* Artículo 8 del Decreto 103 de 2015

*“… Artículo 8°. Publicación de la ejecución de contratos. Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato…”*

* Artículo 2.1.1.2.1.8. del Decreto 1081 de 2015

*Artículo 2.1.1.2.1.8. Publicación de la ejecución de contratos. Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato.*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

*“Se acepta el hallazgo, sin embargo, es importante mencionar que en la actualidad los informes de supervisión y sus anexos se suben a la plataforma SECOP II paralelo a la radicación en el proceso de gestión financiera por el sistema Orfeo”*.

**Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado:** el hallazgo **SE ACEPTA**, no obstante, a lo anterior, se modifica la redacción del hallazgo, por cuanto la supervisora debía subir a SECOP II los informes de actividades dentro de los tres días siguientes a la expedición; caso contrario a SECOP I donde sí se deben remitir al facilitador de la Secretaría General para ser publicados dentro de los tres días siguientes a la fecha de su expedición.

# HALLAZGO No. 17. (REDACCIÓN AJUSTADA)

**Contratos en ejecución que no reportan informes en SECOP II que den cuenta del estado del contrato a la fecha:**

Revisados los informes de actividades publicados para los 4 contratos: 166 y 565 de 2020; y, 109 y 261 del 2021 en SECOP II, **SE EVIDENCIÓ** que la supervisora no publicó en SECOP II, una vez aprobados por ella los informes de actividades dentro de los tres días siguientes a la fecha de su expedición, tal como se detalla a continuación para cada contrato:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contrato** | **N° informe de actividade s** | **Fecha de radicado Orfeo (firma de supervisor)** | **Fecha de publicación** | **Fecha de publicación según normatividad** | **Diferencia en días**  **(\*)** |
| 166 de 2020 | 1 | 30/04/2020 | 15/05/2020 | 6/05/2020 | 7 |
| 166 de 2020 | 3 | 2/07/2020 | 27/08/2020 | 7/07/2020 | 34 |
| 166 de 2020 | 4 | 3/08/2020 | 27/08/2020 | 6/08/2020 | 14 |
| 166 de 2020 | 5 | 2/09/2020 | 23/09/2020 | 7/09/2020 | 12 |
| 166 de 2020 | 6 | 4/10/2020 | 26/10/2020 | 7/10/2020 | 12 |
| 166 de 2020 | 7 | 10/11/2020 | 25/11/2020 | 13/11/2020 | 7 |
| 565 de 2020 | 1 | 10/11/2020 | 27/11/2020 | 13/11/2020 | 9 |
| 565 de 2020 | 2 | 1/12/2020 | 17/12/2020 | 4/12/2020 | 8 |
| 565 de 2020 | 3 | 30/12/2020 | 18/02/2021 | 5/01/2021 | 31 |
| 109 de 2021 | 1 | 3/03/2021 | 12/03/2021 | 8/03/2021 | 4 |
| 109 de 2021 | 2 | 2/04/2021 | 20/05/2021 | 7/04/2021 | 30 |
| 109 de 2021 | 4 | 20/06/2021 | 15/07/2021 | 23/06/2021 | 15 |
| 261 de 2021 | 1 | 2/04/2021 | 20/05/2021 | 7/04/2021 | 30 |
| 261 de 2021 | 2 | 2/04/2021 | 20/05/2021 | 7/04/2021 | 30 |
| 261 de 2021 | 3 | 7/05/2021 | 20/05/2021 | 12/05/2021 | 5 |
| 261 de 2021 | 4 | 16/06/2021 | 16/07/2021 | 21/06/2021 | 20 |

Fuente. Elaboración propia a partir de la revisión en SECOP II

\* Días hábiles entre la fecha de publicación según normatividad una vez fueron firmados por la supervisora y la fecha de publicación registrada en SECOP

# Lo anterior incumple lo establecido en:

* Numeral 4.2 " *Objeto de la supervisión e interventoría*" del Manual de Interventoría y Supervisión de la UAERMV con código GCON-MA-002, versión 7 que señala:

“*Publicar en el SECOP, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la expedición de las actas, informes y demás documentos que se generen durante el ejercicio de la supervisión o interventoría y*

*remitir al Proceso de Gestión Documental de la Secretaría General los mismos para que se incorporen al expediente contractual. “*

* Artículo 2.2.1.1.1.7.1. del Decreto 1082 de 2015,

*“Publicidad en el SECOP. La Entidad Estatal está obligada a publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los actos administrativos del Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición…”*

* Numeral 9 del Artículo 3 de la Ley 1437 de 2011*:*

*“En virtud del principio de publicidad, las autoridades darán a conocer al público y a los interesados, en forma sistemática y permanente, sin que medie petición alguna, sus actos, contratos y resoluciones, mediante las comunicaciones, notificaciones y publicaciones que ordene la ley...”*

Artículo 11, Literal g) de la Ley 1712 de 2014

“… Artículo 11. Información mínima obligatoria respecto a servicios, procedimientos y funcionamiento del sujeto obligado. Todo sujeto obligado deberá publicar la siguiente información mínima obligatoria de manera proactiva: … g) Sus procedimientos, lineamientos, políticas en materia de adquisiciones y compras, así como todos los datos de adjudicación y ejecución de contratos, incluidos concursos y licitaciones…”.

* Artículo 7 del Decreto 103 de 2015:

*“Publicación de la información contractual. De conformidad con el literal c) del artículo 3 de la Ley 1150 de 2007, el sistema de información del estado en el cual los sujetos obligados que contratan con cargo a recursos públicos deben cumplir la obligación de publicar la información de su gestión contractual es el Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP...”*

* Artículo 8 del Decreto 103 de 2015

*“… Artículo 8°. Publicación de la ejecución de contratos. Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato…”*

* Artículo 2.1.1.2.1.8. del Decreto 1081 de 2015

*Artículo 2.1.1.2.1.8. Publicación de la ejecución de contratos. Para efectos del cumplimiento de la obligación contenida en el literal g) del artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, relativa a la información sobre la ejecución de contratos, el sujeto obligado debe publicar las aprobaciones, autorizaciones, requerimientos o informes del supervisor o del interventor, que prueben la ejecución del contrato.*

# HALLAZGO No. 18:

**Suscripción de documentos contractuales:**

De la revisión a los expedientes electrónicos en Orfeo de los contratos 565 de 2020; y, 109 y 261 de 2021, **SE EVIDENCIÓ** que las actas de inicio fueron suscritas un día hábil anterior a la firma de Director General, en los memorandos de designación de supervisión: a continuación, el detalle en cada caso:

* + **Contrato 565 de 2020:** el acta de inicio fue suscrita el 21 de octubre de 2020 y la suscripción del memorando con radicado 20201150074353 del 21 de octubre 2020 de la designación de supervisión fue firmada por el Director General el 22 de octubre de 2020; es decir, a pesar que el memorando fuese radicado el 21 de octubre de 2020, el Director General hasta el día siguiente autorizó con su firma la designación.
  + **Contrato 109 de 2021:** el acta de inicio fue suscrita el 05 de febrero de 2021 y la suscripción del memorando con radicado 20211150022903 del 05 de febrero 2021 de la designación de supervisión fue firmada por el Director General el 08 de febrero de 2021; es decir, a pesar que el memorando fuese radicado el 05 de febrero de 2021, el Director General hasta el día siguiente hábil autorizó con su firma la designación.
  + **Contrato 261 de 2021:** el acta de inicio fue suscrita el 18 de febrero de 2021 y la suscripción del memorando con radicado 20211150032783 del 18 de febrero 2021 de la designación de supervisión fue firmada por el Director General el 19 de febrero de 2021; es decir, a pesar que el memorando fuese radicado el 18 de febrero de 2021, el Director General hasta el día siguiente autorizó con su firma la designación

Lo anterior incumple lo establecido en:

* + Manuales de Interventoría y Supervisión - GCON-MA-002, versiones 7 u 8, numeral 4.4.1 Designación de supervisor:

*El Director General designará como supervisor a un servidor público de la UAERMV, teniendo en cuenta el perfil, conocimiento y experiencia, a través de memorando elaborado por el profesional responsable del proceso de selección del equipo contractual de la Secretaría General del proceso de gestión contractual, quien hará el seguimiento para que el mismo se expida con la oportunidad debida, el cual deberá estar suscrito a más tardar el día siguiente al cumplimiento de los requisitos de ejecución del convenio o contrato, esto con el fin de que el Acta de Inicio, en los casos en que se establezca, se suscriba una vez cumplidos los requisitos de ejecución.*

*La designación del supervisor siempre debe ser escrita, se comunicará a través del aplicativo ORFEO, por parte del responsable del equipo del Proceso de Gestión Documental, a más tardar al día siguiente de la firma del memorando o comunicación respectiva.*

**Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:

***“****Se acepta el hallazgo y será transferido al proceso de gestión contractual, por ser quien debe establecer el punto de control para la consistencia de las actas de inicio”*.

**Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado:** el hallazgo **SE ACEPTA**; no obstante, no se traslada al proceso de Gestión Contractual por cuanto es responsabilidad del supervisor suscribir el acta de inicio una vez cumplidos los requisitos de ejecución; adicionalmente, al momento de la suscripción del acta, el supervisor no había recibido las respectivas designaciones firmadas por el Director General y aun así ya se habían suscrito las actas de inicio.

# HALLAZGO No. 19:

**Documentos de entrega a cargo de la supervisión:**

Los contratos 166 y 565 del 2020 presentaron cambios de supervisora; no obstante, **SE EVIDENCIÓ** la inexistencia del informe administrativo, técnico, jurídico y financiero parcial de avance de las obligaciones del contrato o convenio al nuevo supervisor; a continuación, el detalle en cada caso:

* + **Contrato 166 de 2020:** en el mes de julio de 2020 presentó cambio de supervisor; no obstante, no se evidenció entrega el informe administrativo, técnico y jurídico parcial de avance de las obligaciones del contrato al nuevo supervisor. El único documento asociado al memorando 20201500038923 del 30 de

|  |  |
| --- | --- |
| junio de 2020 con asunto *"solicitud cambio de supervisión - contratos OAP”* era un Word con el estado de ejecución financiera, valores girados y pendientes de giro.   * **Contrato 565 de 2020:** en el mes de diciembre de 2020 presentó cambio de supervisor; no obstante, no se evidenció entrega el informe administrativo, técnico y jurídico parcial de avance de las obligaciones del contrato al nuevo supervisor. El único documento asociado al memorando 20201500096913 del 17 de diciembre de 2020 con asunto *"Remisión informe supervisión contratos y solicitud cambio de supervisión"* era un archivo Excel con el estado de ejecución financiera del contrato.   Si bien es cierto, en consulta realizada en SECOP II se identificó un informe parcial de supervisión GCON-FM-019, se constató que corresponde a la supervisora saliente; es decir, aquella que estuvo durante el descanso concedido a la supervisora inicial del contrato; por lo tanto, no se identificó el informe de esta última.  **Lo anterior incumple lo dispuesto en:**   * + Numeral *"4.4. Supervisión”* del Manual de Interventoría y Supervisión versión 7 de la Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial, literal “*4.4.1. Designación del supervisor”:*   *“…En el evento en que el supervisor salga a disfrutar de sus vacaciones o de descanso, o se retire del cargo, deberá entregar un informe administrativo, técnico, jurídico y financiero parcial de avance de las obligaciones del contrato o convenio a quien vaya a realizar la actividad de supervisión, utilizando los formatos adoptados por la UAERMV en el SISGESTION y deberá allegarse a la carpeta de manera física y al expediente digital…”*  **Aportes del equipo auditado antes del cierre de auditoría:** recibidos con memorando 20211500110163 del 26 de octubre de 2021:  ***“****Se acepta el hallazgo, sin embargo, es importante mencionar que a la fecha se tiene establecido el formato GCON-FM-019 V2 “formato informe parcial supervisión/interventoría contrato”*.  **Análisis del equipo auditor a los argumentos y aportes del equipo auditado:** el hallazgo **SE ACEPTA** | |
| **OBSERVACIONES:** | **RECOMENDACIONES:** |
| **TEMA: Riesgos identificados del control de información documentada.**  **OBSERVACIÓN No 1.** En el análisis de las evidencias suministradas por el proceso que fueron solicitadas a través del memorando 20211600093293 del 08 de septiembre de 2021 que demostraran la efectividad de la aplicación de los controles del riesgo "Pérdida de disponibilidad” correspondiente al primer trimestre de 2021, SE OBSERVÓ que no fueron suministradas las evidencias de aplicación de los dos controles, impidiendo verificar su efectividad.  La aplicación de los controles se realizó al segundo trimestre  de 2021; no obstante, la frecuencia de los controles es trimestral y no semestral. | **TEMA: Riesgos identificados del control de información documentada.**  **RECOMENDACIÓN No. 1:** Asegurar que el cumplimiento de las acciones asociadas al hallazgo "pérdida de disponibilidad" se realicen y documenten de acuerdo con la periodicidad establecida en la redacción de estas. |

|  |  |
| --- | --- |
| **TEMA: Confiabilidad, disponibilidad e integridad de la información de las bases de datos que se manejen en el desarrollo de la auditoría.**  **OBSERVACIÓN No 2.** En la segunda mesa de trabajo sesionada el 15 de septiembre de 2021 se identificó que SISGESTION no se encuentra en la matriz de activos de información del proceso DESI, dado que esta aplicación es una extensión (modulo) de la INTRANET; es decir, no opera como una aplicación independiente; a su vez, se identificó que INTRANET está registrada en los activos de información del proceso Atención a Partes Interesadas y Comunicaciones – APIC, porque el WEB master hacer parte de este proceso; no obstante, SE OBSERVÓ que SISGESTION es una aplicación utilizada y mantenida por personal netamente del proceso Direccionamiento Estratégico e Innovación; por lo tanto, debería ser un activo de información propio de este proceso y no de APIC. | **TEMA: Confiabilidad, disponibilidad e integridad de la información de las bases de datos que se manejen en el desarrollo de la auditoría.**  **RECOMENDACIÓN No. 2:** Registrar en la matriz de activos de información del proceso DESI la aplicación SISGESTION, evaluando los criterios de disponibilidad, confidencialidad e integridad de la información toda vez que los usuarios que registran información en esta aplicación son del proceso DESI y no del proceso Atención a Partes Interesadas y Comunicaciones – APIC. |
| **TEMA: Cumplimiento del Manual de Supervisión e interventoría de la UAERMV**  **OBSERVACIÓN No.3:** De la revisión al expediente electrónico en Orfeo del contrato 261 de 2021 cuyo objeto es “prestar servicios profesionales especializados para adelantar las actividades de la oficina asesora de planeación relacionadas con la orientación y gestión integral en la programación, actualización, seguimiento, control y reporte de los proyectos de inversión de la UAERMV” SE OBSERVÓ que en 6 informes de actividades correspondientes a los meses entre marzo y agosto de 2021 no se identificaron actividades realizadas que den cuenta del cumplimiento de la obligación #9 "Apoyar la supervisión de los contratos que le sean asignados con el fin de coadyuvar al control y ejecución de estos de acuerdo con el manual de supervisión e interventoría", el informe de actividades del periodo de septiembre de 2021 no se logró consultar porque Orfeo generó el mensaje "No tiene permiso para acceder a este radicado";  Si la anterior situación continua hasta la finalización del contrato, puede generar incumplimiento al:  Manual de Interventoría y Supervisión GCON-MA-002, versión 8 en el siguiente numeral:  Numeral 4.4.5.2. Obligaciones específicas desde el punto de vista técnico, jurídico, financiero o contable 4.4.5.2.1.  Obligaciones de orden técnico: "1. Velar porque la ejecución del contrato se cumpla de acuerdo con las especificaciones | **TEMA: Cumplimiento del Manual de Supervisión e interventoría de la UAERMV**  **RECOMENDACIÓN No. 2:** Evaluar si la obligación en el periodo de tiempo para finalizar el contrato 261 de 2021 es realizable, en caso contrario, solicitar concepto al proceso Gestión Contractual para evaluar opciones que eviten los posibles incumplimientos señalados en la observación. |

|  |  |
| --- | --- |
| técnicas contenidas en los estudios previos, establecidas en el pliego de condiciones, la propuesta y el respectivo contrato."  Al Manual de Contratación de la UAERMV GCON-MA-001, que preciso: “…5.2.1.3. Definiciones y conceptos básicos del estudio previo  … Obligaciones del Contratista El contratista deberá cumplir con las obligaciones generales, específicas, técnicas del contrato y las señaladas en la ley.  A la Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado CCE, consultada a través del link: https://[www.colombiacompra.gov.co/sites/cce\_public/files/c](http://www.colombiacompra.gov.co/sites/cce_public/files/c) ce\_documents/cce\_guia\_para\_el\_ejercicio\_de las\_funciones\_de\_supervision\_e\_interventoria\_de\_los\_cont ratos\_del\_estado.pdf, en la cual se precisó:  “(…). V. Prohibiciones para los supervisores e interventores. A los supervisores e interventores les está prohibido:  (...) g) Exonerar al contratista de cualquiera de sus obligaciones contractuales.” |  |

|  |
| --- |
| **FORTALEZAS:** |
| 1. La líder, enlace de comunicación y demás colaboradores atendieron las reuniones y entrevistas programadas. 2. El proceso cuenta con un equipo de trabajo profesional idóneo de acuerdo con las necesidades y requerimiento de la Entidad. 3. Las recomendaciones realizadas por OCI, establecidas el Informe final de auditoría Interna DESI-2019, se atendieron parcialmente. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA:** | | |
| FECHA DE LA APROBACIÓN: | 25 de noviembre de 2021 | |
| NOMBRE | RESPONSABILIDAD | FIRMA |
| EDNA MATILDE VALLEJO GORDILLO | Jefe Oficina de Control Interno |  |
| WELLFIN JHONATHAN CANRO | Auditor acompañante |  |