|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VIGENCIA:** | **PROCESO:** | **DEPENDENCIA:** |
| ***2020*** | **GJUR – Gestión Jurídica** | **DG-OAJ – Oficina Asesora Jurídica** |
| **INFORMACIÓN ESTRATÉGICA RELACIONADA CON EL PROCESO:** |
| ***Objetivo institucional:*** | 2. Diseñar e implementar una estrategia de innovación que permita hacer más eficiente la gestión de la Unidad. |
| ***Estrategia:*** | Fortalecer (1) un sistema de gestión para la UAERMV |
| ***Objetivo del proceso:*** |  Representar, asesorar y prestar apoyo a la UAERMV de manera oportuna y eficaz en los asuntos de orden legal y todos aquellos procesos judiciales, tramites extrajudiciales y administrativos, que se deriven de actos, hechos, omisiones y operaciones administrativas propias de la misionalidad de la Unidad, tramitando las correspondientes acciones judiciales para la defensa de sus intereses y adicionalmente expidiendo conceptos y tramitando los procesos coactivos a que haya lugar, todo lo anterior enmarcado en el cumplimento de las normas legales vigentes. |

|  |
| --- |
| 1. **EVALUACIÓN CUANTITATIVA DEL PROCESO:**
 |
| ***Acto Administrativo aplicable:*** | Circular 01 de 21 de enero de 2022 “*Criterios Técnicos para la Evaluación de la Gestión por Dependencias 2021*” |
| **CRITERIOS / COMPROMISOS**  | **MEDICIÓN DE CRITERIOS / COMPROMISOS** |
| **ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS** | **PUNTAJE MÁXIMO** | **DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS**  | **PUNTAJE OBTENIDO** |
| Criterio 1: CUMPLIMIENTO DE LA PLANEACIÓN→ Resultado Plan de Acción (*Rad. OAP 20201500003353 24-01-2020)* | Máximo 4 puntos | Presentó resultado del PA: 100% (Rango: 96% - 100% = 4) | 4,0 |
| Criterio 2: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE PRODUCTOS O SERVICIOS→ Reportes: Plan de Acción (trimestrales) & Indicadores (frecuencia) | Máximo 2 puntos | Reportó UNO (1) en fecha posterior = 1,5El indicador trimestral GJUR-IND-001 fue reportado el 16-ABR-2020 extemporáneamenteEl proceso cumplió al 100% con sus reportes | 2.0 |
| Criterio 3: CONFIABILIDAD EN LA INFORMACIÓN→ Soportes de actividades ejecutadas: Plan de Acción & Indicadores | Máximo 4 puntos | Entregó evidencia: Completas PA & Completas IND = 4* El proceso tiene completas las evidencias de indicadores
* El proceso tiene completas las evidencias de planes de acción
 | 4,0 |
| **RESULTADO DE LA EVALUACIÓN CUANTITATIVA DEL PROCESO:** | **10** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PROCESO:**
 | **RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN DEL PROCESO:** |
| **ROL EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:** | No aplica  |
| **Durante el año 2021, no se ejecutaron auditorías al proceso.**   |
| **ROL EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO:** | RECOMENDACIONES |
| El proceso en su mapa de riesgos identificó 2; todos en zona de riesgo inherente MODERADO, dados los criterios de la OCI, de evaluar solo riesgos en zona de riesgo alta y extrema y riesgos de corrupción, durante el 2021 de los 2 riesgos identificados OCI, evaluó uno (1) de corrupción asociado a dos controles. De acuerdo con la segunda evaluación al diseño, implementación y solidez de los controles de los riesgos identificados por el proceso GJUR, realizada en el segundo semestre de 2021, se obtuvo la siguiente calificación:Eficacia: 100% ; Eficiencia:100 %; Solidez : 0%Dada la diferencia en la calificación del diseño del control, en cuanto al propósito, la calificación de la solidez del control es moderado, sin embargo y de acuerdo con los lineamientos de OCI, para que la solidez de un control tenga puntuación debe ser fuerte, por lo que se debe seguir las recomendaciones y ajustar lo que corresponda en el diseño del control. **EVALUACIÓN DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN 2021:**De acuerdo con el tercer seguimiento cuatrimestral realizado en la vigencia 2021 a los riesgos de corrupción identificado en el proceso GCON, publicado en la página de la entidad el 10 de enero de 2022 se identificó que las observaciones y recomendaciones realizadas por la OCI, en el seguimiento al mapa de riesgos del proceso (riesgos de corrupción) se atendieron y se mejoró la redacción del R1 C2. Es de resaltar que el proceso ha atendido las recomendaciones generadas desde OCI, lo que ha permitido que cuenten con una solidez y eficacia del 100% | 1.Verificar el propósito (prevenir o detectar) del Riesgo 1 Control 1 y 2, con la finalidad que en la próxima Evaluación se alcance una solidez del 100% |
| **ROL LIDERAZGO ESTRATÉGICO:** | 2.Implementar una metodología para continuar articulando el procedimiento que consolida las cifras los informes que emite la OAJ (Informe mensual de PQRSFD) con los datos reportados por la SG en materia de PQRSFD, (Informe trimestral, Informe Red de quejas y Reclamos”) a fin de que los informes unifiquen las cifras y haya consistencia en los reportes. 3.Continuar con el seguimiento a la oportunidad en las respuestas con el fin de eliminar los vencimientos en las peticiones que se reciban. 4.Actualizar el procedimiento GJUR-PR-009-V3 Procedimiento Control de Derechos de Peticiones y Solicitudes de Información**,** incluyendo los términos de la nueva normatividad vigente.**5.** Dejar consignado en las actas del comité, una relación sucinta de los anexos y la fecha en que el ordenador del gasto remitió el acto administrativo y sus antecedentes, e implementar controles para remitir oportunamente el acto administrativo que ordena el pago de la condena, de acuerdo con lo dispuesto en al artículo [2.2.4.3.1.2.12](http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=62503#2.2.4.3.1.2.12) del Decreto 1069 de 2015 modificado por el artículo 3º del Decreto Nacional 1167 de 2016 |
| **Seguimiento a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Felicitaciones y Denuncias PQRSFD:**Como resultado de la evaluación efectuada por la OCI en cuanto a las Peticiones, Quejas, Reclamos, Solicitudes y Felicitaciones y denuncias PQRSFD, se identificó: que la OFICINA **ASESORA JURÍDICA - OAJ**, durante el primer semestre de 2021 recibió 144peticionesde los cuales se evidenció 2 de estas peticiones se contestaron extemporáneamenteDel análisis de los informes Internos presentados por la OAJ (Informe mensual dirigido a la Dirección General) y la SG (Informe trimestral de Gestión de PQRSFD e Informe mensual a la Veeduría DISTRITAL) se identificó que el número de PQRSFD, no es consistente en los informes al igual que la identificación de tipologías de cada una de las peticionesSe observó que el Procedimiento Control de Derechos de Petición y solicitudes de información GJUR-PR-009-V3 no está actualizado de acuerdo con los términos para dar respuesta de acuerdo con la normatividad vigente**EN RELACIÓN CON LAS ACTAS DEL COMITÉ DE CONCILIACIÓN**Mediante radicado [20211600107453](https://orfeo.umv.gov.co/orfeopg/bodega/2021/160/docs/20211600107453_202110151635482.pdf) del 15 de octubre de 2021 se remitió al proceso el Informe de seguimiento a los estudios de procedencia de las acciones de repetición llevadas al Comité de Conciliación de la entidad periodo de mayo de 2021 a agosto de 2021, en donde se identificó lo siguiente:No fue posible evidenciar la fecha en que el Ordenador del Gasto remitió al comité de Conciliación el acto administrativo y sus antecedentes para que sus integrantes tomaran la decisión de iniciar o no el proceso de repetición. Acorde con el termino establecido en el Artículo ***2.2.4.3.1.2.12*** *del*Decreto Nacional 1167 de 2016. Ya que en el acta no se especifica. Se atendieron las recomendaciones realizadas por OCI, en el informe del año 2020.  |
| **ROL ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN:** | **RECOMENDACIONES** 6.Seguir reportando oportunamente a la OCI, los avances de la implementación de las acciones correctivas formuladas en el Plan de Mejoramiento por procesos, especiales e institucional de acuerdo con los cronogramas establecidos. 7.Seguir aportando todas las evidencias que dan cumplimiento de las acciones propuestas, tanto para los planes de mejoramiento producto de las auditorías internas como para las auditorías ejecutadas por la Contraloría de Bogotá D.C, con el fin de lograr el cierre efectivo y eficiente. 8.Los responsables de la implementación de las acciones correctivas deben identificar con anterioridad cuando no se logre el cumplimiento de la acción y solicitar ante la OCI formalmente la ampliación de plazo y/o reajuste del misma con su debida justificación.  9.Formular acciones que logren eliminar las causas que generaron los hallazgos identificados en las auditorías y que aporten al fortalecimiento a la gestión del proceso y de la entidad, así mismo establecer fechas de terminación acordes para su ejecución y la apropiación por el directivo responsable.  10.Atender las observaciones remitidas mediante correos electrónicos a cada directivo y enlace con los seguimientos realizados por la Oficina de Control Interno a los avances reportados por los procesos correspondiente a cada trimestre durante la vigencia 2021. **11.** Sensibilizar (por parte de los Gestores de Integridad del proceso o dependencia) sobre la importancia de la participación de estas actividades que conlleven a la mejora institucional, motivando en todos los trabajadores de la entidad el arraigo de la cultura de integridad.12.Fomentar estrategias que permitan la participación de los trabajadores oficiales en las actividades de integridad.13**.**Dar a conocer cómo y a quien se reportan los actos que trasgreden el Código de Integridad.14.Fortalecer el conocimiento y aprobación de los valores con la más baja calificación en la Encesta de Apropiación de Valores (justicia, respeto y diligencia). |
| * **Evaluación del indicador de gestión CEM-IND-003 EJECUCIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS:**

En la medición del cumplimiento cuatrimestral en la ejecución de las acciones correctivas vigentes formuladas en el plan de mejoramiento del proceso, se identificó; que durante la vigencia 2021 el proceso cumplió 16 acciones de 16 programada para un 100% de ejecución sobre lo programado anualmente.**Seguimiento planes de mejoramiento**Gestión de acciones cerradas, incumplidas y planes de mejoramiento especiales:1. Acciones cerradas: En el marco de roles que le asignan las normas vigentes a las Oficinas de Control Interno, y producto de la gestión del proceso, se concluye que 16 acciones fueron cerradas
2. Acciones incumplidas: se identificó que el proceso no tiene acciones incumplidas.
3. Planes de mejoramiento especiales: El proceso no tiene planes de mejoramiento producto de otras auditorías.
4. Plan de Mejoramiento Institucional Contraloría de Bogotá D.C: En la vigencia 2021 el proceso no tiene acciones en el plan de mejoramiento con el ente de control.

**EVALUACIÓN DE LA APROPIACIÓN DE VALORES INSTITUCIONALES**Entre el 11 y el 18 de noviembre de 2021 se realizó la 1er Encuesta de Apropiación de Valores Institucionales incluidos en el Código de Integridad vigente, los resultados fueron socializados en el primer comité CICCI REALZIADO EL 28/01/2022.De los resultados de esta encuesta se pudo evidenciar que 4 integrantes del proceso participaron:Dado que se solicitó la participación de servidores y colaboradores de la UAERMV, se denota poca participación de los integrantes del equipo en el diligenciamiento de la encuesta.Así mismo se encontró que el 44,8% de servidores y colabores de la entidad reconoce el gestor de integridad de su dependencia y solo el 36.6% ha participado en las actividades de sensibilización e implementación del Código de integridad, por lo que se requiere que los procesos implementen estrategias para aumentar estos niveles de participación en estos espacios.  |
| **CONCLUSIONES**  |
| El proceso **GESTIÓN JURÍDICA**, durante la vigencia 2021 continuó fortaleciendo su gestión en el cumplimiento del reporte oportuno de los avances del plan de acción y los indicadores de gestión, también mejoró la redacción de los Riesgos y Controles de su Mapa de Riesgos, y cumplió en un 100%el Plan de Mejoramiento de la vigencia 2020; no obstante, debe trabajar en la atención de las recomendaciones que permitan el aumento de calificación de Solidez de su mapa de riesgo. Producto de la evaluación de la gestión 2021 se generan 14 **RECOMENDACIONES** las cuales serán objeto de seguimiento en la siguiente auditoría o evaluación de gestión que se realice. |

|  |
| --- |
| **APROBACIÓN POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:** |
| ***28-01-2022*** | **APROBADO POR:** | **EQUIPO EVALUADOR:** |
| *(Firma)* |  |
| **FECHA DE LA EVALUACIÓN** | *Nombre: Juan Hernando Lizarazo Jara* | *Nombre: Luz Adriana Franco Garcia* |
| **Jefe Oficina de Control Interno** | *Cargo: Contratista OCI* |