Nota: Remitido mediante memorando radicado ORFEO: 20221600028553 del 31/01/2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VIGENCIA:** | **PROCESO:** | **DEPENDENCIA:** |
| ***2021*** | **Atención a Partes Interesadas y Comunicaciones - APIC** | **Secretaria General - SG** |
| **INFORMACIÓN ESTRATÉGICA RELACIONADA CON EL PROCESO:** |
| ***Objetivo institucional:*** | 3. Diseñar e implementar una estrategia de innovación que permita hacer más eficiente la gestión de la Unidad. |
| ***Estrategia:*** | 3. Generar espacios de interacción para garantizar la participación de los grupos de valor de la entidad |
| ***Objetivo del proceso:*** | Gestionar de manera efectiva mediante acciones socialmente responsables la relación con los grupos de valor, promoviendo suparticipación con el fin de mantener una adecuada comunicación para posicionar la identidad e imagen institucional de la UAERMV en aras de generar mayores niveles de satisfacción. |

|  |
| --- |
| **1. EVALUACIÓN CUANTITATIVA DEL PROCESO:** |
| ***Acto Administrativo aplicable:*** | Circular 01 de 21-01-2022 “*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 deAcción (*suministrado por la OAP con los resultados 2020 de cada proceso en el aplicativo intranet: https:/*[*/www.u*](http://www.umv.gov.co/planaccion/login.php%29)*m*[*v.gov.co/planaccion/login.php)*](http://www.umv.gov.co/planaccion/login.php%29) | Máximo 4 puntos | Presentó resultado del PA: 100% Rango: (96 al 100% = 4) | 4,0 |
| Criterio 2: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE PRODUCTOS OSERVICIOS→ Reportes: Plan de Acción (trimestrales) & Indicadores (frecuencia) | Máximo 2 puntos | Presentó Reportes: PA: en fechas a tiempo & IND: en fechas tiempo = 2El 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:** | **10,0** |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. EVALUACIÓN CUALITATIVA DEL PROCESO:** | **RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA GESTIÓN:** |
| **2.1 ROL EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:** | NA |
|  **AUDITORÍA DE GESTIÓN INICIADA EN 2021: EN PROCESO** **AUDITORÍA 2021 AL PROCESO APIC – COMPONENTE PARTICIPACIÓN CIUDADANA**Dado que la auditoría 2021 (periodo evaluado: 1/07/2019 al 30/06/2021, se encuentra en fase de análisis del informe preliminar por parte del proceso, esta evaluación no aplica en este periodo.* Aperturada: 24-09-2021 (radicado 20211600096733 del 17 de septiembre de 2021)
* Informe preliminar remitido mediante memorando ([20221600016543](https://orfeo.umv.gov.co/orfeopg/verradicado.php?PHPSESSID=220127032940o147x154x14x151RAFAELAMONTOYA&leido&nomcarpeta=Busquedas&tipo_carp=0&carpeta=9&verrad=20221600016543&datoVer&fechah=fechah&menu_ver_tmp=2&2) del 19-01-2022)
 |
| **2.2 ROL EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DEL RIESGO:** | De las Conclusiones de la evaluación de riesgos identificados:**RECOMENDACIÓN 1)**PARA LOS 6 CONTROLES APIC**:** Analizar las conclusiones obtenidas en la evaluación de los riesgos significativos, evaluación del diseño del control, evaluación de la ejecución del control y evaluación de la solidez del control. Información enviada por OCI mediante correo electrónico del 28 de diciembre de 2021 con asunto: *“Resultados Evaluación eficacia, eficiencia y solidez de controles asociados a riesgos en nivel de exposición extremo - alto y corrupción- II semestre 2021”* y atender las recomendaciones indicadas para cada uno de los controles. |
| **EVALUACIÓN DE LOS CONTROLES DE LOS RIESGOS:**De acuerdo con la segunda evaluación al diseño, implementación y solidez de los controles de los riesgos identificados por el proceso APIC, realizada en el segundo semestre de 2021, se identificaron las siguientes observaciones y recomendaciones:El proceso APIC no cuenta con riesgos de corrupción, se identificaron 4 riesgos y se evaluaron 3 riesgos con valoración así: alto (2) y moderado (1), se identificaron los siguientes resultados:El proceso aumento el número de riesgos pasando de 3 riesgos a 4 riesgos en la versión 2 del mapa.Los 3 riesgos evaluados pueden llegar a afectar el cumplimiento del objetivo del proceso. |

|  |  |
| --- | --- |
| Los 6 controles mitigan o eliminan las causas identificadas. En los controles 2 y 3 se debe revisar las desviacionesLos 6 controles mitigan o eliminan las causas identificadas.**DEL DISEÑO DE LOS CONTROLES**Se evidenció que mejoró la redacción y diseño en todos los controles, no obstante, se recomienda mejorar la descripción en la desviación.En los controles (RI C2 y R2C1) se debe revisar las desviaciones.En el mapa publicado en SISGESTION el propósito del C2 del R1 es detectivo (fila AA columna 12), pese a esto su redacción y diseño lo describe como preventivo.Se atendieron las recomendaciones emitidas por OCI en el primer cuatrimestre 2021, producto de ello se observó mejora en el diseño de los controles.En síntesis, de la evaluación realizada en diciembre de 2021, respecto de la eficacia y eficiencia y solidez de los controles del proceso APIC mejoró los porcentajes porcentaje con relación al primer semestre 2021, como resultado obtuvo:**Eficacia: 100%; Eficiencia: 83 %; Solidez: 83%****INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO –PAAC V5.**El resultado de la evaluación efectuada a este plan fue de 92%, dado que, de 91 actividades programadas, se cumplieron 84, tal como se muestra en la siguiente tabla; así mismo, el seguimiento fue publicado en la página Web de la entidad Link de Transparencia. 7.2 Reportes de Control Interno.La participación del proceso APIC para ejecutar las actividades que les compete en el PAAC, se refleja en los componentes: 4-Atención al Ciudadano y 6-Participación Ciudadana: |  |
| Del informe de seguimiento al PAAC:**RECOMENDACIÓN 2):** Realizar seguimiento de las actividades que se programen y continuar con el cumplimiento las actividades a fin de mantener su ejecución con el 100% de calificación. |

|  |  |
| --- | --- |
| Las siguientes actividades a cargo de APIC obtuvieron calificaciones así:Componente de Participación Ciudadana diez (10) actividades con calificación del **100%** en cada una de las diez (10) actividades.Componente de Atención al ciudadano nueve (9) actividades con calificación del **100%** en cada una de las nueve (9) actividades. |  |
| **2.3 ROL LIDERAZGO ESTRATÉGICO:** | Del informe de seguimiento al cumplimiento de las disposiciones de PQRSFD:**RECOMENDACIÓN 3):** 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 |
| **2.3.1 CUMPLIMIENTO DE TÉRMINOS DE RESPUESTA DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, FELICITACIONES Y DENUNCIAS - PQRSFD**El informe de seguimiento al cumplimiento de las disposiciones de PQRSFD correspondiente al 2do semestre 2020 y 1er semestre 2021 fue radicado conmemorando 20211600125663 del 30 noviembre del 2021. A continuación, se presenta las observaciones frente al periodo 1er semestre 2021: |

|  |  |
| --- | --- |
|  | los reportes |
| OBSERVACIONES DEL INFORME SEMESTRAL DE PQRSFD: |  |
| **INFORMES INTERNOS DE PQRSFD:** Del 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 peticiones.**CUMPLIMIENTO DEL TERMINO DE PRESENTACIÓN DE INFORMES ANTE****LA VEEDURIA DISTRITAL**: Se identificó cumplimiento de informes presentados a la Veeduría Distrital a través de la plataforma “Red de quejas y reclamos” sin embargo el informe del mes de enero 2021 presenta la observación de: RECHAZADO. | **RECOMENDACIÓN 4):** Ejercer un seguimiento en la presentación del informe PQRSFD presentado a la Veeduría Distrital, con la finalidad de evitar la observación de RECHAZADO en los reportes.**RECOMENDACIÓN 5):** Establecer controles en las dependencias o procesos generadores de las respuestas que permitan, mejorar los parámetros de coherencia, claridad, calidez y oportunidad de la información. |
| **COHERENCIA, CLARIDAD, CALIDEZ Y OPORTUNIDAD DE LAS****RESPUESTAS A PQRSFD.** Se identificó que, para el primer semestre de 2021, la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá a través del Informe de Gestión de Peticiones Ciudadanas del Distrito Capital, y la Dirección Distrital de Calidad del Servicio a través de comunicaciones radicadas ante la entidad identificaron que un % de las respuestas dadas a las peticiones presentadas ante la UAERMV no cumplen con alguno de los criterios de calidad, calidez y manejo de Bogotá Te Escucha…” |  |
| **2.3.3 INFORME DE SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA****ESTRATEGIA DE RENDICIÓN DE CUENTAS 2021 UMV, “UMV más cerca****de ti 2021”** |  |
| Del Informe de Seguimiento a la Implementación de la Estrategia de Rendición de Cuentas: |
|  |
| Del informe remitido con el radicado 20211600142873 del 12 de diciembre de 2021, se presentan las siguientes conclusiones:* La UAERMV dio cumplimiento en 2021 a las acciones formuladas en el documento aprobado “ESTRATEGIA RENDICIÓN DE CUENTAS, “UMV

más cerca de ti”, para los componentes Información y Diálogo e | **RECOMENDACIÓN 6)** Implementar los lineamientos establecidos en el “Protocolo para la Rendición de Cuentas Permanente en las Entidades del Distrito” y actualizar el tercer componente a “Responsabilidad.”**RECOMENDACIÓN 7)** Ejecutar la totalidad de espacios de diálogo |

|  |  |
| --- | --- |
| Incentivos, de acuerdo con las actividades descritas en la estrategia.* El documento “ESTRATEGIA RENDICIÓN DE CUENTAS, “UMV más cerca de ti”, no incluye el componente Responsabilidad, de acuerdo con lo establecido en el Protocolo para la Rendición de Cuentas Permanente en las Entidades del Distrito.
* En el documento “ESTRATEGIA RENDICIÓN DE CUENTAS, “UMV más cerca de ti” se registra el avance en la identificación de grupos de valor y la inclusión de víctimas del conflicto armado, población LGBTI, población afrodescendiente y otros que garantizan el enfoque de Derechos Humanos.
* Los espacios de diálogo con los ciudadanos (UMV de puertas abiertas, UMV más cerca de tu localidad, UMV más cerca para contarte), además de promover el acercamiento con lenguaje sencillo y amigable, son novedosos y permiten un mayor acercamiento con la comunidad. 5. No fue posible, identificar en los informes allegados por OAP, la realización del espacio de dialogo “UMV, más cerca de ti.
 | programados tal y como se establece en la Estrategia de Rendición de Cuentas.**RECOMENDACIÓN 8)** Incluir mediciones para cuantificar la participación de la ciudadanía en cada evento que se realice en el marco de esta estrategia.**RECOMENDACIÓN 9)** Evaluar si esa participación en los espacios propuestos, se considera representativa; de no ser así, buscar la forma de aumentar esta representación, con mayor publicidad de los eventos, invitación a juntas de acción comunal y divulgación en las localidades de los espacios programados. |
|  | Del Informe de Evaluación del Estado del Sistema de Control Interno de la UAERMV**RECOMENDACIÓN 10)** Fortalecer los componentes de Información y Comunicación (pese a que tuvo un avance significativo se clasifica en el alto rango de oportunidad de mejora).**RECOMENDACIÓN 11)** Cumplir con la ejecución en las acciones formuladas y la solidez de las evidencias en los planes de mejoramiento, (Plan de Mejoramiento del Sistema de Control Interno) así como generar el reporte oportuno de los mismos.**RECOMENDACIÓN 12) I**dentificar y documentar los puntos de control para garantizar la integridad, disponibilidad y disponibilidad de los datos de a cargo de los procesos, actividad asociada al proyecto de activos de información. |
| **2.3 4 INFORME DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DEL SISTEMA DE****CONTROL INTERNO- SCI** |
| En 31 de julio del 2021, se publicó el Informe de Evaluación del Estado del Sistema de Control Interno de la UAERMV con corte a 31 de junio de 2021, en el instructivo expedido por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP; resultado de la evaluación se registraron observaciones y recomendaciones socializadas en el comité CICCI del 14/10/2021.Del componente de Información y Comunicación se registraron las siguientes observaciones:* En plan de mejoramiento corte al 30 de diciembre del 2021 quedan 2 actividades de 14 que conforman el componente, que se encuentran en estado incumplido.

El componente mejoró en un 71% y registró incremento de 14% frente a la evaluación del semestre anterior, dado que se cerraron 5 actividades del plan |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Proceso | Punto de Control | Nivel de Cumplimiento |
| **APIC**GDOC - GTHU - GSIT | 1.5 Análisis sobre viabilidad para el establecimiento de una línea de denuncia interna sobre situaciones irregulares o posibles incumplimientos al código de integridad. | **50%** |
| APIC | 14.3 La entidad cuenta con canales de información internos para la denuncia anónima o confidencial de posibles situaciones irregulares y se cuenta con mecanismos específicos para su manejo, de manera tal que generen laconfianza para utilizarlos. | **50%** |
| APIC | 14.4 La entidad establece e implementa políticas y procedimientos para facilitar una comunicación interna efectiva. | **50%** |
| **APIC -** DESI | 15.2 La entidad cuenta con canales externos definidos de comunicación, asociados con el tipo de información a divulgar, y éstos son reconocidos a todo nivel de laorganización. | **50%** |

|  |  |
| --- | --- |
| de mejoramiento y se reportaron 2 actividades que no tenían ningún registro de avance en el periodo anterior.A continuación, se presenta el resultado de la calificación obtenida para cuatro puntos de control en cabeza del proceso APIC, en la evaluación correspondiente al 2do semestre 2021.Fortalezas: se cuenta con documentación y aplicación de actividades asociadas a la comunicación interna y externa; se cuenta con una caracterización de usuarios y se publican los resultados de la gestión en forma periódica. Se cuenta con sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos. |  |
| **RECOMENDACIÓN 13)** 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 |
| **2.3.5 REPORTE DE LA EVALUACIÓN DE APROPIACIÓN DE VALORES INSTITUCIONALES 2020**Entre el 11 y el 18 de noviembre se realizó la 1er Encuesta de Apropiación de |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTICIPANTES****Test de Percepción de Valores 1er Semestre 2021 Apropiación de Valores****Institucionales 2do Semestre 2021** | **SEMESTRE 1-2021** | **SEMESTRE 2-2021** |
| # | % | # | %. |
| Trabajadores de la entidad que diligenciaron las encuesta | **207** | **35%** | **172** | **28%** |

|  |  |
| --- | --- |
| Valores Institucionales incluidos en el Código de Integridad vigente, los resultados fueron socializados en el primer comité CICCI REALZIADO EL 28/01/2021, el porcentaje de participación del proceso APIC en cada encuesta semestral aplicada fue la siguiente:Dado que el Test de Percepción de valores no presentó resultados de participación por proceso, no se tiene un comparativo de participación entre en le 1er y 2do semestre 2021, sin embargo, a continuación, se muestra la participación del proceso en el 2do semestre 2021, que fue de cinco (5) personas.Formulario Forms Encuesta de Apropiación de Valores 2do Semestre 2021 | institucional, motivando en todos los trabajadores de la entidad el arraigo de la cultura de integridad.**RECOMENDACIÓN 14)** Fomentar estrategias que permitan la participación de los trabajadores oficiales en las actividades de integridad.**RECOMENDACIÓN 15)** Dar a conocer cómo y a quien se reportan los actos que trasgreden el Código de Integridad.**RECOMENDACIÓN 16)** Fortalecer el conocimiento y aprobación de los valores con la más baja calificación en la Encesta de Apropiación de Valores (justicia, respeto y diligencia). |
| **2.4 ROL ENFOQUE HACIA LA PREVENCIÓN:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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 APIC, se identificó; que durante la vigencia 2021 el proceso cumplió 23 acciones de 23 programadas para un 100% de ejecución sobre lo programado anualmente y del 67% del cumplimiento cuatrimestral. Durante el año reporto incumplimiento en el primer cuatrimestre.1. CUATRIMESTRE 2021: Tenía programada 1 acción para el periodo la cual no se logró cerrar, reportando 0% de cumplimiento. No obstante, de las 6 acciones vencidas de periodos anteriores al 31/12/2020, logró cerrar 5.
2. CUATRIMESTRE 2021: De 7 programadas cumplió 7, cumpliendo en un 100%. Las 2 acciones vencidas de periodos anteriores también lograron su cierre.
3. CUATRIMESTRE 2021: De 15 programadas cumplió 15, cumpliendo en un 100%. Para el periodo no reportó acciones vencidas de periodos anteriores.

**Seguimiento planes de mejoramiento:** Gestión de acciones cerradas, incumplidas y planes de mejoramiento especiales:* 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 durante la vigencia 2021, 29 acciones fueron cerradas.

Acciones incumplidas: se identificó que el proceso no tiene sin cerrar.* Planes de mejoramiento especiales: El proceso no tiene planes de mejoramiento producto de otras auditorías.
* 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 contro | **RECOMENDACIONES GENERALES**:**RECOMENDACIÓN 17)** Continuar con el reporte 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 trimestralmente.**RECOMENDACIÓN 18)** Continuar portando 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.**RECOMENDACIÓN 19)** 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.**RECOMENDACIÓN 20)** 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**RECOMENDACIÓN 21)** Continuar atendiendo 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.**RECOMENDACIÓN 22)** Presentar el reporte de avance en el formato vigente CEM-FM-004 V7 FORMATO PLAN DE MEJORAMIENTO, adoptado en julio de 2020. |

|  |  |
| --- | --- |
| **3. SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES: EVALUACIÓN 2021** | NA |
| Dado que la evaluación de Auditoria se encuentra aún en desarrollo, no aplica este criterio de evaluación para el proceso. |
| 4. **CONCLUSIÓN** |  |
| El proceso ATENCIÓN A PARTES INTERESADAS Y COMUNICACIONES-APIC, conformado por los componentes: Gestión social en obra, Atención al Ciudadano y Comunicaciones, 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 formuló acciones de mejora a partir de los resultados de la evaluación del estado del Sistema de Control Interno – SIC lo que contribuye con la mejora continua del sistema en la UAERMV; no obstante, debe trabajar en la identificación, diseño e implementación de los controles asociados a los riesgos acorde con la nueva metodología, en el cumplimiento de las acciones correctivas que formule en los planes de mejoramiento y 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 para evitar que se presenten diferencias con lo reportado a la Veeduría Distrital.Producto de la evaluación de la gestión 2021 se generan **22 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:** |
| ***31-01-2022*** | **APROBADO POR:** | **EQUIPO EVALUADOR:** |
| *(Firma)*  | *(Firma)*  | *(Firma)* / *NA* |
| **FECHA DE LA EVALUACIÓN** | *Juan Hernando Lizarazo Jara* | *Nombre: Andrea Rafaela Montoya González* | *Nombre / NA* |
| Jefe Oficina de Control Interno | *Cargo: Contratista - OCI* | *Cargo: / NA* |