



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

OFICINA DE CONTROL INTERNO

(Referencia: Circular No. 04. del 27 de septiembre de 2005)

1. ENTIDAD: Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD		2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERÍODO: Secretaría General Período evaluado: 01-ene-2022 al 31-dic-2022			
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:					
<p><b>Servicio a la Ciudadanía:</b> Brindar información y atender los requerimientos de los grupos de valor y de interés de la entidad para responder a sus necesidades en cumplimiento de sus derechos.</p> <p><b>Gestión Documental:</b> Administrar, conservar y custodiar la documentación generada en la entidad, desde su origen hasta su disposición final, para preservar la memoria institucional.</p> <p><b>Objetivo Estratégico:</b> Fortalecer la eficiencia administrativa como eje del desarrollo de la entidad a través del uso de la tecnología y la articulación e implementación de sistemas de información.</p>					
4. PROYECTO DE INVERSIÓN: No aplica					
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICION DE RESULTADOS			
		5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS	
5.1 PLAN OPERATIVO					33%
VARIABLE A EVALUAR					
<p>Criterio de Evaluación: Para el Plan Operativo, generación de valor agregado para efectos estratégicos de la dependencia y grado de cumplimiento. Como criterio para evaluar las actividades componentes, se tuvo en cuenta dos condiciones A) Si la actividad del Plan Operativo por su naturaleza para efectos estratégicos de la dependencia genera valor agregado (100 puntos), o lo genera parcialmente (50 puntos), o no lo genera (0 puntos), se marcó una solamente de las columnas, según lo pertinente . B) Se afectarán los anteriores puntajes por el grado o porcentaje de ejecución de la actividad generadora de valor agregado o parcialmente generadora, y el resultado arrojado, fue la cifra que se ubicó en columna de resultado.</p> <p>Fuente de Información de base para el análisis: tomar los Planes Operativos y su avance, del correspondiente informe de seguimiento de la Oficina Asesora de Planeación, con los cortes que cubran el periodo evaluado y/o el documento pertinente que esta oficina suministre. Ubicación: Página web del IDRD</p>					
Plan Operativo No 1 Secretaría General					
VARIABLE A EVALUAR		SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO
<p><b>Actividad 1:</b> Realizar taller y/o sensibilización a las áreas y dependencias de la sede administrativa para el cumplimiento de los términos legales de respuesta a PQRDS.</p> <p><b>Meta:</b> Realizar un Taller y/o sensibilización a las áreas y dependencias del IDRD sobre respuesta en términos legales a las PQRDS</p>		X			100%
plan Operativo No. 2 Archivo y Correspondencia					
VARIABLE A EVALUAR		SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO
<p><b>Actividad 1:</b> Realizar sensibilizaciones a las áreas de la Sede Administrativa y parques administrados por el IDRD en procesos técnicos de organización de archivos con aplicación de la TRD e inventarios documentales en el FUID.</p> <p><b>Meta:</b> Realizar 33 sensibilizaciones a las áreas del IDRD que producen documentos.</p>		X			100%
VARIABLE A EVALUAR		SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO
<p><b>Actividad 2:</b> Realizar dos solicitudes de eliminación documental por aplicación de TRD. <b>Meta:</b> Realizar dos (2) procesos de eliminación documental por aplicación de TRD</p>			X		75%

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICION DE RESULTADOS				
	5.1. INDICADOR			5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
<b>Actividad 3:</b> Organizar los archivos de la Subdirección de Contratación con aplicación de TRD y elaboración del inventario en el FUID. <b>Meta:</b> Realizar la organización de los archivos e inventario en el FUID de los contratos de 1994 a 2005 y del 2010 a 2012.	X			100%	La actividad agregó valor al proceso en la administración de la documentación de la Entidad con la aplicación de las TRD. Teniendo en cuenta lo descrito por la Secretaría General y en el informe de seguimiento al Plan Operativo elaborado por la OAP para el 4to trimestre de 2023 se observa cumplimiento de la meta, con la organización de los contratos 1994 a 2005 y del 2010 a 2012.
<b>Plan Operativo No. 3 Atención al Ciudadano, Quejas y Reclamos</b>					
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
<b>Actividad 1:</b> Realizar talleres que fortalezcan las competencias de servicio al ciudadano del personal dispuesto en los SUPERCADES <b>Meta:</b> Realizar cuatro (4) talleres al personal de los SUPERCADES de servicio al cliente referente a las actividades que se ofrecen en el IDRD	X			100%	La actividad agregó valor al generar espacios para fortalecer competencias de servicio, que permite mejorar el desempeño en el objetivo general del proceso. Teniendo en cuenta lo descrito por la Secretaría General y en el informe de seguimiento al Plan Operativo elaborado por la OAP para el 4to trimestre de 2022, se observa cumplimiento de la meta, realizando un taller por trimestre.
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
<b>Actividad 2:</b> Realizar talleres sobre programas de gran impacto que el IDRD ofrece a la ciudadanía para el personal dispuesto en los SUPERCADES <b>Meta:</b> Realizar tres (3) talleres de servicio al cliente referente a las actividades que se ofrecen en el IDRD	X			100%	La actividad agregó valor al generar espacios para fortalecer competencias de servicio, que permite mejorar el desempeño en el objetivo general del proceso. Teniendo en cuenta lo descrito por la Secretaría General y en el informe de seguimiento al Plan Operativo elaborado por la OAP para el 4to trimestre de 2022, se indica que el porcentaje de cumplimiento es del 75%; sin embargo dentro de la descripción por trimestre se señala la realización de tres talleres que corresponde a la meta, por lo cual la OCI considera un cumplimiento del 100%; razón por la cual, se recomienda revisar la información reportada para que sea consistente.
VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
<b>Actividad 3:</b> Realizar talleres a los usuarios de las dependencias sobre el manejo del sistema Bogotá Te Escucha <b>Meta:</b> Realizar 2 talleres al personal responsable en las dependencias del sistema Bogotá Te Escucha	X			100%	La actividad agregó valor al generar espacios para fortalecer competencias, que permite mejorar el desempeño en el objetivo general del proceso. Teniendo en cuenta lo descrito por la Secretaría General y en el informe de seguimiento al Plan Operativo elaborado por la OAP para el 4to trimestre de 2022, se indicó su cumplimiento.
<b>A. CALIFICACION PLAN OPERATIVO</b>					<b>30%</b>
<b>5.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO</b>					<b>67%</b>
<b>Gestión de primera línea 50 %</b>					<b>50%</b>
Criterio para evaluar la gestión de la primera línea de defensa: Se tendrá en cuenta: La identificación y definición de los riesgos de gestión y corrupción, desde el rol de la primera línea de defensa, de acuerdo con lo establecido en la Política para la Gestión del Riesgo en el IDRD (vigente).  Fuente de información: * Aplicativo ISOLUCION * Reporte de la primera línea de defensa sobre gestión del riesgo. * Seguimiento a la gestión del riesgo, por parte de la Oficina de Control Interno.				100%	Una vez revisado el aplicativo ISOLUCIÓN, se observó en los mapas de riesgos de gestión que los procesos de Gestión Documental y Servicio a la Ciudadanía tiene identificado y definido dos (2) riesgos para cada uno de los procesos. En consecuencia, la Secretaría General cuenta con cuatro (4) riesgos de gestión. A su vez, en pág. Web de la Entidad se observó la identificado de un (1) riesgo de corrupción.
<b>Calificación Gestión de primera línea</b>					<b>50%</b>

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICION DE RESULTADOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
<b>Plan de Mejoramiento Institucional</b>			<b>20%</b>
<p>Planes de Mejoramiento - peso porcentual 20%</p> <p>Criterio general de evaluación: Se promediará el resultado del avance del conjunto de los planes de mejoramiento internos y externos a cargo de la dependencia.</p> <p><b>Planes de Mejoramiento Externos – PME peso porcentual 10%</b></p> <p>Criterio de evaluación: Número de acciones culminadas dentro de las fechas de compromiso estimada por la OCI y/o cerradas por el ente de Control, sobre el total de acciones a culminar en el período. Aplica para las acciones compartidas.</p> <p><b>Plan de Mejoramiento Interno – PMI peso porcentual 10%</b></p> <p>Criterio de evaluación: Número de acciones cerradas dentro de las fechas de compromiso, sobre el total de acciones del período. Así mismo, se tendrán en cuenta las observaciones que la a la fecha no se hayan formulado su plan de mejoramiento, las cuales afectarán la calificación disminuyendo el resultado final en un 5%</p> <p>Fuente base de información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicativo ISOLUCION</li> <li>• Informes de seguimiento de la OCI de los planes de mejoramiento interno y externos.</li> </ul>	95%	<p><b>Plan de Mejoramiento Externo:</b> Archivo General de la Nación-AGN: El Plan de Mejoramiento Externo suscrito data de la vigencia 2017, con el siguiente comportamiento: el Hallazgos No. 2 cuenta con tres (3) acciones a ejecutar de las cuales dos (2) están cumplidas y una (1) tiene un grado de avance del 68%. En consecuencia, se cuenta con un avance acumulado del 89,3%.</p> <p>Cabe mencionar que el AGN mediante oficio No. 2-2022-11250 del 2-noviembre-22 indicó: "que una vez se reciba las evidencias que confirme que las Tablas de Valoración Documental - TVD del Fondo del Instituto Distrital de Recreación y Deporte, surtieron el proceso definitivo de la evaluación y convalidación por el Consejo Distrital de Archivos, registro ante el AGN y publicación en la página Web del IDRD, se dará por superado el hallazgo y finalizado el seguimiento al PMA"</p> <p>Por lo anterior, con carácter urgente se recomienda dar celeridad al cumplimiento de las actividades faltantes.</p> <p><b>Plan de Mejoramiento Interno:</b> los procesos de Gestión Documental y Atención al Ciudadano durante la vigencia 2022 no contaron con planes de mejoramiento.</p> <p>Así las cosas, se promedió el porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento tanto externo (89,3%) e interno (100%), dando como resultado: 94,65%</p>	
Calificación Gestión de primera línea			19%
<b>Gestión de Riesgos</b>			<b>15%</b>
Evaluar y ponderar gestión del riesgo y su reflejo en Mapa de Riesgos de gestión, y por aparte la reflejada en el Mapa de riesgos de Corrupción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, para cada uno de los tres aspectos estipulados, Diseño de controles, Efectividad de aplicación y Gestión general del riesgo.			15%
DESCRIPCIÓN	INDICADOR	RESULTADO (%)	ANALISIS DE RESULTADOS
<p><b>Diseño de los controles- 5%</b> (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información).</p> <p>Criterios: Diseño de los controles de acuerdo con la Política de administración de riesgos en el IDRD.</p> <p>Fuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2022</li> </ul>	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	<p><b>Riesgos de gestión:</b> El proceso Gestión Documental tiene identificado tres (3) controles asociados a dos (2) riesgos. Respecto del proceso del Servicio a la Ciudadanía se tiene identificado ocho (8) controles asociados a dos(2) riesgos.</p> <p>En consecuencia la Secretaría General cuenta con once (11) controles asociados a los riesgos de gestión.</p> <p><u>Riesgo Corrupción:</u> Se identificó un control asociado a un riesgo de Gestión Documental.</p>
<p><b>Implementación de los controles- 5%</b> (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información).</p> <p>Criterios: verificar la ejecución de los controles, de acuerdo con el monitoreo y seguimiento desde la primera línea de defensa.</p> <p>Fuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2022</li> </ul>	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	<p><b>Riesgos de Gestión:</b> En Gestión Documental de los tres (3) controles; dos (2) fueron implementados de manera efectiva y uno (1) no fue implementado por cuanto no se presentó eventos asociados y corresponde a una acción correctiva.</p> <p>En Servicio a la Ciudadanía los ocho (8) controles fueron implementados de acuerdo con su diseño.</p> <p><u>Riesgo Corrupción:</u> El control se implementa de acuerdo con su diseño y ejecución, demostrando su aplicación y efectividad.</p>
<p><b>Tratamiento del Riesgo - Riesgos materializados - 5%</b></p> <p>Planes de Contingencia (diseñados e implementados)</p> <p>Criterios de evaluación: En casos de materialización de riesgos, evidenciar la implementación del plan de contingencia de conformidad con lo definido.</p> <p>Fuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes segunda línea de defensa</li> <li>• Seguimiento de la primera línea de defensa.</li> <li>• Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2022</li> </ul>	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	<p>Desde la Oficina de Control Interno no se considera que el riesgo 2 se haya materializado desde el Proceso Servicio a la Ciudadanía, toda vez que la responsabilidad se traslada a cada una de las áreas misionales, quienes para mitigar el riesgo implementaron controles tendiente a cerrar o disminuir la brecha de respuestas extemporáneas y con calidad.</p> <p>En el informe de monitoreo de segunda línea de defensa del periodo agosto-diciembre de 2022, se registró la materialización del riesgo "Respuestas de PQRS con debilidad en el cumplimiento de los criterios de calidad (calidez, claridad, solución de fondo, coherencia y manejo del sistema)" y que para el mes de octubre se observó que las tres variables se encuentran nuevamente en 100%.</p> <p><u>Riesgo Corrupción:</u> No se reportó materialización</p>
Calificación Mapa de Riesgos			15%

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICION DE RESULTADOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
<b>Indicadores</b>			<b>10%</b>
DESCRIPCIÓN	INDICADOR	RESULTADO (%)	ANALISIS DE RESULTADOS
<p>Cumplimiento del indicador 2.5 %</p> <p>Criterios de evaluación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicación del indicador de gestión de acuerdo con lo estipulado en su diseño,</li> <li>2. verificable en registros de la implementación de cada uno de los indicadores de gestión vigentes,</li> <li>3. de los resultados de sus fórmulas y</li> <li>4. de su implementación con la periodicidad establecida.</li> </ol>	<p>Indicadores asociados al proceso de gestión al <b>servicio de la ciudadanía</b>:</p> <p><b>1482</b> –Porcentaje de información publicada en cumplimiento a la Ley 1712 y normas reglamentarias- <u>Medición</u>: Trimestral.</p> <p><b>1481</b> –Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes-<u>Medición</u>: mensual.</p> <p><b>1483</b> –Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad-<u>Medición</u>: mensual</p> <p><b>1251</b> –Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en los SUPERCADE-<u>Medición</u>: mensual</p>	93%	<p><b>1482</b> –En el sistema ISOLUCION, se observó registro de los cuatro trimestres para el 2022, se detalla que para ninguno de los meses se cumplió con la meta propuesta (I y II trim: 96,67%, III y IV trim:81%) y anexan soportes de los seguimientos realizados. Cumplimiento: De los cuatro criterios, se cumplió tres (3) al 100% y uno (1) no, para un total de cumplimiento:75%</p> <p><b>1481</b> –Se observó en el sistema ISOLUCIÓN registro de seguimiento de acuerdo con la frecuencia de medición trimestral, cuenta con soportes de los seguimientos realizados y se detalla que para ninguno de los meses se cumplió con la meta propuesta. De los cuatro criterios, se cumplió 3 al 100% y 1 no, para un total de cumplimiento:75%</p> <p><b>1483</b> –Se observó en el sistema ISOLUCIÓN registro de seguimiento mensual, cuenta con soportes de los seguimientos realizados y se detalla el cumplimiento de la meta establecida (80%) para todos los meses. Cumplimiento: 100%</p> <p><b>1251</b> –En el sistema ISOLUCIÓN se observó registro de seguimiento de acuerdo con la frecuencia de medición mensual, cuenta con soportes de los seguimientos y se detalla el cumplimiento de la meta establecida (95%) para todos los meses. Cumplimiento: 100%.</p> <p><b>1618</b> –Se observó en el sistema ISOLUCIÓN registro de seguimiento mensual, cumplimiento de la meta programada (0) para todos los meses y evidencia de los seguimientos realizados en el formato de control de préstamos de documentos de archivo. Cumplimiento: 100%</p> <p><b>1477</b> –Se observó en el sistema ISOLUCIÓN registro de seguimiento mensual, cumplimiento de la meta para todos los meses y evidencia del reporte de monitoreo y control de condiciones ambientales. Cumplimiento: 100%</p> <p><b>1476</b> –Se indicó en la ficha técnica que la meta es anual con medición y análisis mensual. Se observa en el sistema ISOLUCIÓN registro de seguimiento mensual, evidencia de las actas de transferencia y se detalla cumplimiento de la meta en diciembre. Cumplimiento: 100%</p> <p>Así las cosas, se promedió el porcentaje de cumplimiento dando como resultado: 92,85%.</p>
<p>Implementación de acción correctiva 2.5 % (en caso que si aplique)</p> <p>Criterios de evaluación: Aprovechamiento para el número de casos de no cumplimiento de la meta de referencia establecida en cada indicador, verificando para cuantos de estos se determinó e implementó medida pertinente.</p> <p>Relacionar del total de indicadores, aquellos que no alcanzaron la meta de referencia e identificar para cuales de estos se cumplió con el criterio de implementación de correctivos.</p> <p>Fuente base de información: Registros de la dependencia de aplicación de indicadores de gestión y sus resultados en aplicativo ISOLUCION, carpeta de Medición.</p>	<p>Indicadores asociados al proceso de <b>gestión documental</b>:</p> <p><b>1618</b> –Número de expedientes - pérdida en el archivo central-<u>Medición</u>: mensual</p> <p><b>1477</b> –Porcentaje de espacios controlados para la conservación documental -<u>Medición</u>: mensual</p> <p><b>1476</b> –Porcentaje de transferencias primarias realizadas de acuerdo con los tiempos de retención- <u>Medición</u>: mensual</p>		
<p>Utilidad del Indicador y la medición 5 %</p> <p>Criterio de evaluación: Indicador establecido adecuado y alineado para controlar objetivos del proceso o parte de estos y/o aspecto relevante de la gestión de la dependencia, y que permita detectar desviaciones y fortalecer acciones para corregirlas y prevenirlas.</p> <p>Este aspecto se confirma teniendo en consideración la frecuencia de medición realizada por la dependencia.</p> <p>Fuente base de información: Registros de la dependencia de aplicación de indicadores de gestión y sus resultados en aplicativo ISOLUCION, carpeta de Medición.</p>	<p>Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.</p>	100%	<p>Se observó que los siete (7) indicadores están alineados frente a los objetivos de los procesos y la frecuencia de su medición permite tomar decisiones oportunas cuando se presenten desviaciones.</p>
<b>Calificación Indicadores de Gestión</b>			<b>10%</b>
<b>Indicador Atención Entes de Control Externo</b>			<b>5%</b>
DESCRIPCIÓN	INDICADOR (% DE CUMPLIMIENTO)	ANALISIS DE RESULTADO	
<p>Indicador Atención Entes de Control Externo</p> <p>Criterio de evaluación: Proporción de las solicitudes respondidas oportunamente respecto al total de las recibidas de responsabilidad de la dependencia procedentes de los entes externos de control.</p> <p>Fuente base de información: Cuadro matriz de seguimiento de respuestas a solicitudes de entes de control externos, Informes de oportunidad atención a requerimientos de entes externos de control de la OCI</p>	100%	<p>Durante la vigencia 2022, la Secretaría General recibió ocho (8) solicitudes por parte de los Entes Externos de Control las cuales se respondieron oportunamente; es de precisar que se incluyó para la evaluación, los requerimientos de responsabilidad única; así como, las compartidas con otras Áreas del Instituto.</p>	
<b>Calificación Indicador Atención Entes de Control Externo</b>			<b>5%</b>
<b>B. CALIFICACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO</b>			<b>66%</b>
<b>CALIFICACION TOTAL VIGENCIA AÑO (A + B)</b>			<b>96%</b>

5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICION DE RESULTADOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS
<p><b>6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA:</b></p> <p>1. Plan operativo: De las siete (7) metas reportadas, todas cumplieron con las metas propuestas y seis (6) generaron valor agregado de carácter estratégico para la dependencia.  2. Gestión de primera línea de defensa: La Dependencia tiene identificado y definido riesgos de gestión (4) y corrupción (1).  3. Plan de mejoramiento institucional: se vio afectado por la acción que aún no ha finalizado dentro del marco del Plan de Mejoramiento que se tiene con Archivo General de la Nación.  4. Gestión del riesgo: Cuenta con once (11) controles, los cuales se han implementado y en el informe proferido por la segunda línea, reporte materialización de un riesgo en el mes de septiembre, el cual para el mes de octubre se dio tratamiento.  5. Indicadores: Se reitera que los indicadores 1482 y 1481 no están cumpliendo con las metas.  6. Atención a entes de control: Se da cumplimiento por parte de la Secretaría General en cuanto a la oportunidad para dar respuesta dentro de los términos estipulados.</p> <p>Así las cosas, de acuerdo con el resultado final de la evaluación 96%, ésta presentó una mejora con respecto a la evaluación de la vigencia 2021 (75%); sin embargo, es importante que se tomen medidas correctivas sobre aquellos aspectos que no alcanzaron los resultados esperados.</p>			
<p><b>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b></p> <p>1. Plan operativo:  •Asegurar que la totalidad de las actividades del Plan Operativo se enfoquen a generar valor agregado y se conviertan en impulsoras de la mejora continua.  •Revisar la información reportada del seguimiento para que sea consistente con las metas programadas.  2. Plan de mejoramiento institucional: Fortalecer la realización del monitoreo a los planes de mejoramiento con el objeto de atender oportunamente el cumplimiento de las acciones de mejora.  3. Gestión del riesgo: Realizar monitoreos periódicos sobre los riesgos, analizar la pertinencia de incluir nuevos tomando como fuente de información los hallazgos resultados de auditorías internas, externas, veedurías y análisis propios, entre otros.  4. Indicadores: Fortalecer y mantener las actividades y controles establecidos para el cumplimiento de los indicadores, para aquellos que no se logró alcanzar la meta, revisar las causas del incumplimiento, tomar medidas de mejora y fortalecer el seguimiento interno del mismo.</p>			
<p><b>8. FECHA DE EVALUACIÓN:</b> 30 de enero del 2023</p>			
<p><b>9. FIRMA:</b></p>	<p>Revisó y aprobó: Luz Ángela Fonseca Ruíz - Jefe Oficina de Control Interno (E) </p> <p>Proyectó: Deyanira Díaz Alvarado - Profesional Universitario 03 - Oficina de Control Interno </p>		