



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-2023 al 31-dic-2023				
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:						
Área de Atención al Cliente, Quejas y Reclamos - Proceso: Gestión de Servicio a la Ciudadanía. 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.						
Área de Archivo y Correspondencia - Proceso: Gestión Documental: Administrar, conservar y custodiar la documentación generada en la entidad, desde su origen hasta su disposición final, para preservar la memoria institucional.						
Objetivo Estratégico: 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.						
4. PROYECTO DE INVERSIÓN: No aplica						
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS		
5.1 PLAN OPERATIVO				33%		
VARIABLE A EVALUAR						
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. 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 período evaluado y/o el documento pertinente que esta oficina suministre. Ubicación: Página web del IDRD						
Plan Operativo No 1 Secretaría General						
VARIABLE A EVALUAR		SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad: Realizar taller y/o sensibilización a las áreas y dependencias de la sede administrativa para el cumplimiento de los términos legales de respuesta a PORDS. Meta: Realizar dos (2) Talleres y/o sensibilizaciones a las áreas y dependencias del IDRD sobre calidad y términos legales a las PORDS		X			100%	-La actividad aporta valor agregado toda vez genera espacios de formación a los servidores para mejorar la calidad y oportunidad en las respuestas a PORDS, encontrándose relacionado con el objetivo del Proceso. De acuerdo con la meta establecida, se programaron actividades para el 1er. y 3er. Trimestre de 2023, en la que se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta. Se adjuntó listados de asistencia del 28/03/2023 y 28/09/2023.
Actividad: Realizar socialización a las áreas y dependencias del IDRD, respecto de la circular que imparte las directrices administrativas y contractuales a que haya lugar. Meta: Realizar una (1) socialización a las áreas y dependencias del IDRD, sobre la circular que imparte las directrices administrativas y contractuales a que haya lugar.		X			100%	-La actividad de socialización de las directrices de contratación, aporta valor agregado puesto que refuerza el que hacer operativo de la entidad y se evidenció el cumplimiento al 100% de la actividad en el periodo establecido (1er. Trimestre), acta de socialización del 23/03/2023.
Actividad: Hacer tres reuniones de seguimiento entre el equipo asesor de la Secretaría General con las áreas y dependencias, respecto de los temas administrativos y contractuales a que haya lugar. Meta: Realizar tres (3) reuniones de seguimiento entre el equipo asesor de la Secretaría General con las áreas y dependencias, respecto de los temas administrativos y contractuales a que haya lugar.		X			100%	-La actividad programada, permite hacer seguimientos a temas coyunturales de carácter administrativos y contractuales, para fortalecimiento de la gestión. Se remitió dos (2) actas; 27/02/2023, 01/06/2023 y una citación del 21/09/2023, encontrando que la evidencia corresponde a la fecha 28/09/2023, por consiguiente, su cumplimiento es del 100%.
Plan Operativo No. 2 Área de Archivo y Correspondencia						
VARIABLE A EVALUAR		SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 1: Realizar sensibilizaciones a las diferentes dependencias de la Entidad, en procesos técnicos de organización de archivos con aplicación de la TRD e inventarios documentales en el FUID, Transferencias Primaria, PGD, PPAR, SAC. Meta: Realizar dos (2) sensibilizaciones a las dependencias que producen documentos.		X			100%	-La actividad aporta valor agregado en concordancia con los objetivos del proceso, toda vez que permite generar espacios de retroalimentación y conocimiento en procesos técnicos de organización de archivos con aplicación de la TRD e inventarios documentales en el FUID, Transferencias Primaria a los servidores públicos, para su implementación. Se adjuntó listados de asistencia como evidencias que soportan el cumplimiento de la actividad. Cumplimiento del 100%.
VARIABLE A EVALUAR		SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 2: Realizar una solicitud de eliminación de documentos de apoyo incluidos los documentos por aplicación de TRD. Meta: Realizar un (1) proceso de eliminación de documentos de apoyo incluido documentos por aplicación de TRD			X		80%	La actividad aporta valor agregado parcialmente, en concordancia con los objetivos del proceso; no obstante, la evidencia registrada, corresponde a formato FUID diligenciado con registros de copias que data del mes de enero del 2020 y no se evidencia solicitud, tal como lo describe la actividad, adicionalmente, en el documento aportado no se especifica la palabra eliminación.
3 VARIABLE A EVALUAR		SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 3: Realizar el cronograma para organizar los archivos de gestión del IDRD con aplicación de TRD, elaboración del inventario en el FUID, del periodo 2020 - 2023. Meta: Realizar un (1) cronograma para la organización de archivos de gestión.			X		100%	La actividad aporta valor agregado parcialmente, se adjuntó cronograma que da cuenta del cumplimiento de la actividad.
Actividad 4: Organizar los archivos de la Secretaría General - apoyo a la constatación, hoy Subdirección de Contratación, con aplicación de TRD, elaboración del inventario en el FUID. Meta: Realizar la organización de los archivos e inventario en el FUID de los contratos de 2013 y 2014		X			100%	La actividad genera valor al proceso en la administración de la documentación de la Entidad con la aplicación de las TRD, teniendo en cuenta que deben ser garantes de resguardar la información cuando se presenten cambios en la estructura organizacional.
Plan Operativo No. 3 Área de Atención al Cliente, Quejas y Reclamos						
VARIABLE A EVALUAR		SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 1: Realizar talleres que fortalezcan las competencias de servicio al ciudadano del personal dispuesto en los SUPERCADES Meta: 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 es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor. Toda vez que genera espacios para fortalecer competencias de servicio al personal de apoyo para mejorar el desempeño. Se adjuntó listados de asistencia interna y externa a la entidad, como soporte del cumplimiento de la actividad.
VARIABLE A EVALUAR		SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 2: Realizar talleres sobre programas de gran impacto que el IDRD ofrece a la ciudadanía para el personal dispuesto en los SUPERCADES Meta: Realizar tres (2) talleres de servicio al cliente referente a las actividades que se ofrecen en el IDRD		X			100%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor. Sin embargo, adjuntaron presentación PowerPoint y lista de asistencia, que soportan el cumplimiento de la actividad.
VARIABLE A EVALUAR		SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
Actividad 3: Realizar talleres a los usuarios de las dependencias sobre el manejo del sistema Bogotá Te Escucha Meta: Realizar 2 talleres al personal responsable en las dependencias del sistema Bogotá Te Escucha		X			100%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor. Se adjuntaron evidencias de actas de reuniones, donde se identificaron situaciones presentadas en las áreas y se aportan recomendaciones.
A. CALIFICACION PLAN OPERATIVO						
5.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO						
Gestión de primera línea 50 %						
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 ISOLUCIÓN * 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, Secretaría General, cuenta con (2) procesos asociados, así: Gestión Documental tiene identificado dos (2) riesgos con tres (3) controles y (1) riesgo de corrupción, con un (1) control. Servicio al Ciudadano: Dos (2) riesgos de gestión con once (11) controles, no tiene identificado riesgo de corrupción Así mismo, de acuerdo con el PAAC, cuarto trimestre 2023, anexo No.3 Matriz: riesgos de gestión y corrupción, se evidenció el reporte de la primera línea de defensa y el seguimiento de la OCL. Los riesgos se encuentran identificados y diseñados de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.	

Calificación Gestión de primera línea			50%
Plan de Mejoramiento Institucional			20%
<p>Planes de Mejoramiento - peso porcentual 20% Criterio general de evaluación: Se promueve el resultado del conjunto de los planes de mejoramiento internos y externos a cargo de la dependencia.</p> <p>Planes de Mejoramiento Externos - PME peso porcentual 10% 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 periodo. Aplica para las acciones compartidas.</p> <p>Plan de Mejoramiento Interno - PMI peso porcentual 10% Criterio de evaluación: Número de acciones cerradas dentro de las fechas de compromiso, sobre el total de acciones del periodo. Así mismo, se tendrán en cuenta las observaciones que 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: - Aplicativo ISOLUCION - Informes de seguimiento de la OCI de los planes de mejoramiento interno y externos.</p>	90%	<p>* PMI: se evidenció acción correctiva al proceso de Gestión Documental No. 202314 la cual esta pendiente por la elaboración del Plan de Mejoramiento.</p> <p>* Plan de Mejoramiento Externo: Secretaría General, cuenta con dos (2) hallazgos abiertos: a) <u>Arbitrio General de la Nación-AGN</u>, suscrito en la vigencia 2017, el cual cuenta con (3) actividades pendientes para su cumplimiento, así: (i) Certificado y acto administrativo de comitadización de las TVD del fondo del IDRD, (ii) publicación de las TVD en la página web de la entidad y (iii) Certificación del Registro Único de Series Documentales - RUSD, dando como resultado un avance del 80.9%, en concordancia con el Informe Final reportado a AGN, mediante Radicado IDRD No. 2023150291381 b) <u>Comisión de Boga</u>, 01- Auditoría de Regularidad, hallazgo 3.2.5.1.8- acción (1), incidencia Disciplinaria con fecha de finalización (31/10/2023). De acuerdo con el seguimiento de la OCI, se considera cumplido dentro de los términos, con una eficacia del 100%, pendiente de evaluación del ente de control. Por lo anterior, se califica sobre el 90%, teniendo en cuenta que existe observación pendiente por elaboración del Plan de Mejoramiento Interno.</p>	
Calificación Gestión de primera línea			18%
Mapa de riesgos			15%
			15%
DESCRIPCIÓN	INDICADOR	RESULTADO (%)	ANÁLISIS DE RESULTADOS
<p><b>Diseño de los controles</b>- 5% (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información). Criterios: Diseño de los controles de acuerdo con la Política de administración de riesgos en el IDRD. Fuente: - Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2023</p>	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	<p>Riesgos de gestión: Secretaría General, cuenta con (2) procesos asociados, así: Gestión Documental tiene identificado dos (2) riesgos con tres (3) controles y (1) riesgo de corrupción, con un control. Servicio al Ciudadano: Dos (2) riesgos de gestión con once (11) controles, no tiene identificado riesgo de corrupción.</p> <p>Los controles se encuentran diseñados de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.</p>
<p><b>Implementación de los controles</b>- 5% (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información). Criterios: verificar la ejecución de los controles, de acuerdo con el monitoreo y seguimiento desde la primera línea de defensa. Fuente: - Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2023</p>	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	93%	<p><b>Riesgos de gestión:</b> De acuerdo con el seguimiento del 3er cuatrimestre en el marco del PAAC, la OCI en su rol de tercera línea evidenció la materialización del riesgo de gestión "Posibilidad de afectación reputacional por insatisfacción de los ciudadanos por Gestión inoportuna de las PORDS", asociado al Proceso Servicio al Ciudadano, por lo que se recomendó revisar y fortalecer los controles de tal forma que minimice el impacto que genera para la entidad la atención inoportuna a los requerimientos.</p> <p><b>Riesgo Corrupción:</b> No se evidencia materialización de riesgo de Corrupción.</p> <p>El resultado de la evaluación se determinó teniendo en cuenta que los dos procesos asociados a la Secretaría General, trece (13) de los catorce (14) controles fueron eficaces (93%).</p>
<p><b>Tratamiento del Riesgo - Riesgos materializados</b> - 5% Planes de Contingencia (diseñados e implementados) Criterios de evaluación: En casos de materialización de riesgos, evidenciar la implementación del plan de contingencia de conformidad con lo definido. Fuente: - Informes segunda línea de defensa - Seguimiento de la primera línea de defensa. - Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC-2023</p>	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	75%	De acuerdo con el seguimiento de la Oficina de Control Interno, en el Informe riesgos No. 35-1 con corte a 31 de diciembre de 2023, se evidenció que se materializó el riesgo de Gestión POR Gestión inoportuna de las PORDS perteneciente al proceso Servicio al Ciudadano. Lo anterior permite evidenciar que la fecha los controles establecidos para garantizar la gestión oportuna de las PORDS de la entidad no presentan la efectividad requerida para la mitigación del riesgo.
Calificación Mapa de Riesgos			13%
Indicadores			10%
DESCRIPCIÓN	INDICADOR	RESULTADO (%)	ANÁLISIS DE RESULTADOS
<p>Cumplimiento del indicador 2.5 % Criterios de evaluación: 1. Aplicación del indicador de gestión de acuerdo con lo estipulado en su diseño. 2. Verificable en registros de la implementación de cada uno de los indicadores de gestión vigentes. 3. de los resultados de sus formularios y 4. de su implementación con la periodicidad establecida.</p>	<p>Indicadores asociados al proceso de gestión al <b>Gestión de Servicio de la ciudadanía:</b> 1712 Alertas preventivas - Medición: mensual. 1711 Gestión del correo electrónico. Medición: mensual. 1710 Interfaz entre sistemas de información. Medición: mensual 1709 Número de peticiones asociadas a la no verificación de los perfiles dentro de los términos. Medición: mensual. 1481 Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestados dentro de los términos legales vigentes. Medición: mensual. 1483 Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad. Medición: mensual. 1700 Publicaciones realizadas en el link de transparencia. Medición: bimensual 1713 Respuesta Oportuna de PORDS. Medición: mensual 1251 Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en los SUPERCADE. Medición: mensual.</p> <p><b>Gestión Documental:</b> 1618 -Número de expedientes - pérdida en el archivo central. Medición: mensual 1477 -Porcentaje de espacios controlados para la conservación documental - Medición: mensual 1476 -Porcentaje de transferencias primarias realizadas de acuerdo con los tiempos de retención. Medición: mensual</p>	75%	<p>Los procesos Asociados a la Secretaría General cuentan con un total de 12 indicadores, de los cuales (3) no cumplen con la meta establecida. Por lo que, de acuerdo con el PROCEDIMIENTO INDICADORES DE GESTIÓN DE PROCESO, se debe tener en cuenta el lineamiento general respecto que por "incumplimiento de un indicador" se debe evaluar la necesidad de establecer una acción correctiva.</p> <p>En ISOLUCIÓN se evidenció acción correctiva asociada al indicador 1481, el cual no se encuentra en la batería de indicadores. En el seguimiento se evidencia el cumplimiento de los indicadores: 1712, 1710 y 1481, asociados al Proceso del Servicio al Ciudadano, que no registran acciones correctivas.</p> <p>Indicadores asociados al proceso de <u>Gestión al Servicio de la Ciudadanía</u></p> <p>1712. <b>Alertas preventivas.</b> Medición: mensual. De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó un reporte de fecha 17/01/2024, de acuerdo con información suministrada de la OAP este indicador se creo en diciembre de 2023, se adjuntó soporte en el aplicativo correspondiente a los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2023. No se cumplió la meta</p> <p>1711. <b>Gestión del correo electrónico.</b> Medición: mensual. De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó un reporte de fecha 17/01/2024, de acuerdo con información suministrada de la OAP este indicador se creo en diciembre de 2023. Se evidencia cumplimiento de la meta.</p> <p>1710. <b>Interfaz entre sistemas de información.</b> Medición: mensual De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó un reporte de fecha 17/01/2024, de acuerdo con información suministrada de la OAP este indicador se creo en diciembre de 2023. Se observa, que de las (618) peticiones radicadas, (477) fueron registradas en BTE, dejando un total de (141) sin radicar, lo que permite identificar la falta de oportunidad en el cierre del aplicativo Distrital, incumpliendo la meta.</p> <p>1709. <b>Número de peticiones asociadas a la no verificación de los perfiles dentro de los términos.</b> Medición: mensual. De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó un reporte de fecha 17/01/2024, de acuerdo con información suministrada de la OAP este indicador se creo en diciembre de 2023. Por otra parte, es un indicador decreciente con única variable. Se evidencia cumplimiento de la meta.</p> <p>1481. <b>Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestados dentro de los términos legales vigentes.</b> Medición: mensual. De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición, sin embargo, en ningún mes se cumplió la meta a la meta establecida del 100%.</p> <p>1483. <b>Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad.</b> Medición: mensual. De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición, se evidencia cumplimiento de la Meta de enero a septiembre de 2023 e incumplimiento ocurre a diciembre de 2023.</p> <p>1700. <b>Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en los SUPERCADE.</b> Medición: mensual De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición. Se evidencia cumplimiento de la Meta.</p> <p>1700. <b>Publicaciones realizadas en el link de transparencia.</b> Medición: bimensual De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó el reporte de tres mediciones. Se evidencia cumplimiento de la Meta.</p> <p>1713. <b>Respuesta Oportuna de PORDS.</b> Medición: mensual De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó un reporte de fecha 17/01/2024. Sin embargo, se recomienda asociar los resultados con la a la materialización del riesgo asociadas a PORDS.</p> <p>Indicadores asociados al proceso de <u>gestión documental:</u> 1618 -Número de expedientes - pérdida en el archivo central. Medición: mensual De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición. En el periodo evaluado se evidencia cumplimiento de la Meta. 1477 -Porcentaje de espacios controlados para la conservación documental - Medición: mensual De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición. En el periodo evaluado se evidencia cumplimiento de la Meta. 1476 -Porcentaje de transferencias primarias realizadas de acuerdo con los tiempos de retención. Medición: mensual De la información reportada en ISOLUCIÓN, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición. En el periodo evaluado se evidencia cumplimiento de la Meta. El resultado de la evaluación para este fin es del 75% toda vez que de los doce (12) indicadores, tres (3) no cumplieron la meta establecida.</p>
<p>Utilidad del indicador y la medición 5 % 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 prevenirías. 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>	Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Se observó que los indicadores están alineados frente a los objetivos de los procesos y la frecuencia de su medición permite tomar decisiones oportunas cuando se presenten desviaciones.

Calificación Indicadores de Gestión		9%
Indicador Atención Entes de Control Externo		5%
DESCRIPCIÓN	INDICADOR (% DE CUMPLIMIENTO)	ANÁLISIS 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%	De acuerdo con el reporte emitido por la Oficina de Control, referente al mes de diciembre 2023, la Secretaría General recibió once (11) 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.
Calificación Indicador Atención Entes de Control Externo		5%
<b>B. CALIFICACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO</b>		<b>64%</b>
		<b>95%</b>
<b>6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA GESTION DE LA DEPENDENCIA:</b>		
<p>1. Plan operativo: De las diez (10) metas reportadas, se reportó seguimiento a las actividades programadas. Sin embargo una (1) de ellas no alcanzó la meta del 100%, debido a que la evidencia aportada no da cuenta del cumplimiento de la actividad.</p> <p>2. Gestión de primera línea de defensa: La Secretaría General, tiene (2) procesos asociados: Gestión Documental y Servicio al Ciudadano, los cuales cuentan con mapas de riesgos de gestión y corrupción de conformidad con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.</p> <p>3. Plan de mejoramiento institucional: La evaluación se ve afectada debido a que se tiene una observación que no cuenta con plan de mejoramiento interno.</p> <p>4. Gestión del riesgo: la Secretaría General con sus dos procesos asociados, cuentan con caloros (14) controles para los riesgos de gestión, los cuales se han implementado. Sin embargo de acuerdo con el seguimiento de la Oficina de Control Interno, en el Informe riesgos No. 35-1 con corte a 31 de diciembre de 2023, se evidenció que se materializó el riesgo de Gestión "Por Gestión Inoportuna de las PQRSD" perteneciente al proceso Servicio al Ciudadano.</p> <p>5. Indicadores: En la verificación en ISOLUCION, se evidenció el incumplimiento de las metas de los indicadores 1710-1712-1481, pero no se registra la formulación de ACCION CORRECTIVA, de acuerdo con el Procedimiento de INDICADORES POR PROCESOS.</p> <p>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 (95%), ésta disminuyó, respecto a la evaluación de la vigencia 2022 (96%). Se recomienda, se tomen medidas correctivas sobre aquellos aspectos que no alcanzaron los resultados esperados.</p>		
<b>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>		
<p>1. Plan operativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-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. Verificar que las actividades propuestas sean de resultados y no el deber ser del área.</li> <li>- Verificar que las evidencias aportadas correspondan con la descripción de la actividad y meta(s) establecidas.</li> <li>- Los registros aportados como actas y listas de asistencias, deben contener en el EVENTO, el nombre correspondiente a la meta del PLAN OPERATIVO, fecha que corresponda al periodo.</li> </ul> <p>2. Plan de mejoramiento institucional: Elaborar el Plan de Mejoramiento Interno pendiente para el proceso de Gestión Documental.</p> <p>3. Gestión del riesgo: Articular con la Oficina Asesora de Planeación en su rol de segunda línea, la revisión integral del Riesgo Materializado, con el objeto de identificar la verdadera causa raíz que ha conllevado a su materialización en vigencias anteriores y actuales, en la cual se sigue presentado. Así mismo, revisar la totalidad de los riesgos de gestión de los procesos.</p> <p>4. Indicadores: Revisar la batería de indicadores, toda vez que se evidenció que los indicadores se direccionan como indicadores de eficacia del que hacer de las dependencia y no se identificaron indicadores de efectividad, en consideración en un tema álgido y crítico para la entidad, como son la oportunidad en respuesta de las PQRSD. Por otra parte, tienen gran cantidad de indicadores que incurren en determinado momento en mayor carga administrativa y que sus resultado no sirven para la toma de decisiones y mejora en los procesos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A la Oficina Asesora de Planeación en su rol de segunda línea, orientar y acompañamiento a los diferentes procesos en la formulación de los indicadores, teniendo en cuenta el objetivo del proceso y objetivos institucionales.</li> </ul>		
<b>8. FECHA: 26 de Enero de 2024</b>		
<b>9. FIRMA:</b>	<p>Revisó y aprobó: Pedro Antonio Guerra Celis - Jefe de la Oficina de Control Interno ( e ) </p> <p>Proyectó: Gina Gómez Rivera - Contralista - Oficina de Control Interno </p>	