

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20201100045493**

Página 1 de 3

Bogotá D.C., 06 de octubre de 2020

PARA: **LUZ AMANDA CAMACHO SÁNCHEZ**
Dirección General

DE: **OFICINA DE CONTROL INTERNO**

ASUNTO: Evaluación a la Gestión por Dependencias Primer Semestre 2020.

Respetada Dra. Luz Amanda:

De conformidad con lo establecido en el artículo 39 de la ley 909 de 2004 y Decreto Distrital 807 de 2019 la Oficina de Control Interno realizó la verificación del cumplimiento y avance de la gestión de cada uno de los procesos y/o áreas de la UAESP, con corte al primer semestre de 2020.

La verificación y análisis de cada uno de los procesos consistió en establecer el nivel de cumplimiento de la gestión para el Plan de Acción, la gestión de Contratación y Presupuestal, proyectos de Inversión – Metas plan de desarrollo, plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano, Mapas de riesgos de Gestión y de Corrupción Planes de Mejoramiento Institucional y Externos.

Para lo anterior se diseñó instrumento de verificación en un aplicativo en Excel, que le permitiese al auditor evidenciar acciones y estado de estas, bajo metodología de planificación, gestión de riesgos vigentes en la UAESP.

Se planificó una auditoría en modo de trabajo en casa coordinado con los equipos de trabajo designados, por medio del cual se contó con datos e informes documentales y registros, de los cuales se realizaron los análisis correspondientes, que permitiesen dar cuenta de la ejecución de servicios institucionales. Sin embargo, se limitó a la falta de visitas en sitio. Lo anterior debido a la materialización de un riesgo asociados con un tema ambiental y sanitario (Pandemia COVID - 19) no previsto, lo que impacto en la realización de la auditoria.

Aunque cada líder de proceso cuenta con la evaluación específica, las conclusiones generales de la evaluación fueron:

1. Se observa gestión en el avance en el PAI de la Entidad. El cual, para la vigencia está

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20201100045493**

Página 2 de 3

Bogotá D.C., 06 de octubre de 2020

conformado por 61 hitos, con un resultado promedio de la incidencia en las iniciativas de las Dependencias en el primer semestre de 43,5%, de un promedio programado de 45,8%,

2. En la gestión presupuestal y contractual se evidencian fortalezas en la gestión de depuración de reservas presupuestales con un avance del 61%, los pasivos exigibles con un avance del 55%, y una ejecución presupuestal del 35%.

3. Se identificaron debilidades en algunas dependencias en el seguimiento y consolidación para el cumplimiento en las metas proyecto de inversión, fuente para el reporte de SEGPLAN, y principalmente para la evaluación de los resultados del plan de acción de la Entidad.

4. En los riesgos de gestión, se evidencia una gestión importante en la efectividad de la ejecución de los controles con un avance promedio del 92%. No obstante, se observan debilidades en algunas dependencias que no han adoptado la metodología del formato establecido para el diseño de los controles.

5. Se observa seguimiento a las actividades de los componentes del PAAC y al Mapa de riesgos de Corrupción primer semestre de la vigencia 2020, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

6. Se evidencia avance a las actividades de los componentes del PAAC vigencia 2020, en el primer semestre de 2020, no obstante, se observan debilidades ya que se evidencian actividades que no han iniciado con lo establecido en el PAAC, por los procesos responsables

7. Se observa el Registro del Seguimiento en la herramienta SUIT dentro de los términos establecidos.

8. No se pudo realizar las visitas en sitio, con el propósito de verificar entre otras cosas, disponibilidad y trazabilidad de la información física de las evidencias (registros, documentos, etc.), niveles de responsabilidad y apropiación de la gestión que se realiza.

9. Se desarrollo un ejercicio de 100% auditoria en trabajo en casa, con base a la información suministrada por las areas, y la verificación realizada en los diferentes instrumentos disponibles en los canales virtuales de la Entidad.

10. Las Subdirecciones y Oficinas cuentan con información que demuestra acciones a pesar del

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20201100045493**

Página 3 de 3

Bogotá D.C., 06 de octubre de 2020

impacto de la emergencia ambiental decretada, y el impacto que significó en las labores diarias en Oficina versus Trabajo en Casa.

Cordialmente,

ANDRÉS PABÓN SALAMANCA

Jefe oficina de Control Interno

e-mail: andres.pabon@uaesp.gov.co

Anexos: Un (1) archivo virtual - Informe Evaluación Gestión Por Dependencias Primer Semestre 2020

Elaboró: Iván Darío Sierra Ballesteros, Profesional Especializado; y Edgar Andrés Ortiz Vivas, Profesional Universitario.

Informe de auditoría interna

	GESTIÓN Y RESULTADOS ⁽¹⁾	ANÁLISIS FINANCIERO Y CONTABLE ⁽¹⁾	LEGAL ⁽¹⁾	SISTEMA DE GESTIÓN ⁽²⁾
ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA	X		X	<ul style="list-style-type: none"> • MIPG: Direccionamiento Estratégico y Planeación; Evaluación de Resultados. • MECI: Ambiente de Control, Evaluación del Riesgo, Actividades de Control, Actividades de Monitoreo. • ISO 9001:2015: numerales 6.1; 7.1. y 8.1.
INFORME ⁽³⁾	AVANCES DE LA GESTIÓN INSTITUCIONAL			
PROCESO, PROCEDIMIENTO, Y/O DEPENDENCIA	TODOS LOS PROCESOS / DEPENDENCIAS			
RESPONSABLE Y/O AUDITADOS	SUBDIRECTORES, JEFES DE OFICINA, LIDERES DE PROCESO Y EQUIPO DE TRABAJO DESIGNADOS.			
OBJETIVO	Verificar de forma integral el plan de acción, gestión de riesgos, gestión presupuestal, contractual y/o fiscal por proceso/dependencia, Plan de Mejoramiento Interno y Externo, y de las metas Plan de Desarrollo Distrital que se gerencian, PAAC.			
ALCANCE	30 de junio de 2020 y 31 de agosto de 2020			
PERIODO DE EJECUCIÓN	Del 20/08/2020 al 02/10/2020			
EQUIPO AUDITOR	<ul style="list-style-type: none"> - ABEL JOSUÉ OSORIO LÓPEZ – AJOL - HAROLD MARCEL PUENTES MORALES – HMPM - IVÁN DARÍO SIERRA BALLESTEROS – IDSB - JOSÉ IGNACIO PINZÓN BARRETO – JIPB - EDGAR ANDRES ORTIZ VIVAS – EAOV 			
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA ⁽⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Plan de Acción Institucional vigencia 2020 - Hoja de vida de indicadores y/o seguimientos Indicadores Procesos - Plan Anual de Adquisiciones 2020. - Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI) 2016-2020, Metas resultado y producto (según corresponda) conforme al Plan de Desarrollo “Bogotá mejor para Todos” (reporte SEGPLAN). - Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC. - Mapa de Riesgos (de Proceso y de corrupción) 			

- Plan de Mejoramiento Interno y Externo (CGB y CGR).

- (1) Marque con X el enfoque de la Auditoría Interna.
- (2) Señale el (los) sistema(s) de gestión evaluado(s).
- (3) Establezca el título general del Informe de Auditoría Interna.
- (4) Realice una relación de la documentación analizada con base en los criterios de auditoría definidos

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

En procura de la eficiencia y eficacia administrativa frente a las actividades de Auditoría Interna previstas según PAA 2020, se realizó un examen del avance de la gestión institucional de la Entidad en cuanto al Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano y Riesgos de Corrupción, con el propósito de verificar avances y resultados, elementos de control y aspectos referentes al Sistema Integrado de Gestión de la UAESP.

Se diseñó instrumento de verificación en un aplicativo en Excel, que le permitiese al auditor evidenciar acciones y estado de estas, bajo metodología de planificación, gestión de riesgos vigentes en la UAESP. Se planificó una auditoría en modo de trabajo en casa coordinado con los equipos de trabajo designados, por medio del cual se contó con datos e informes documentales y registros, de los cuales se realizaron los análisis correspondientes, que permitiesen dar cuenta de la ejecución de servicios institucionales en virtud de acciones asociadas a los procesos, metas proyecto de inversión, Plan de Desarrollo y Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC), acciones preventivas (Gestión de Riesgos), y eficacia del acciones de los Planes de mejoramiento Interno y Externo. Sin embargo, se limitó a la falta de visitas en sitio. Lo anterior debido a la materialización de un riesgo asociados con un tema ambiental y sanitario (Pandemia COVID - 19) no previsto, lo que impacto en la realización de la auditoría.

Los resultados fueron comunicados directamente a los líderes de proceso y/o líderes de dependencia, y bajo escenario pedagógico, se ilustro avance de las acciones de forma porcentual, así como, de observaciones frente a los aspectos verificados de forma puntual, con el propósito de propiciar análisis y toma de decisiones que promovieran el cumplimiento de lo planificado que redundara en una mejor prestación de servicios por parte de los procesos/dependencias. (Radicados UAESP No. SSFAP - 20201100042283, SAL - 20201100044343, SAF - 20201100044333, OATICS - 20201100044403, OAP - 20201100044373, SAPROV - 20201100043243, SDF - 20201100044223, SRBL - 20201100044013 y OACRI -20201100044003).

Por lo tanto, el presente informe contiene los principales aspectos verificados a razón de los elementos de control fijados por la Entidad bajo la lectura de la eficacia del Sistema Integrado de Gestión que opera en la UAESP, bajo referentes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, MIPG; Modelo Estándar de Control Interno, MECI; y algunos numerales de la Norma Técnica Colombiana ISO 9001:2015, tal como se mencionó en el plan de auditoría (Radicado UAESP No. 20201100036303).

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

Cabe resaltar que el seguimiento se realizó en la versión No. 2 del PAAC, la cual fue modificada e informada vía correo electrónico a los procesos el día 16/06/2020 por la Oficina Asesora de Planeación – OAP. Se evidencio las siguientes modificaciones:

COMPONENTE 1: No se modificó.

COMPONENTE 2: No se modificó.

COMPONENTE 3: Se modificó.

Del subcomponente 2 se eliminó una actividad “Participar en las ferias de servicios programadas en el plan de acción de la mesa sectorial de participación ciudadana”.

Del subcomponente 3 se eliminó una actividad “Adelantar y participar en las acciones en función de la capacitación sobre control social hacia los grupos de interés, programadas en el plan de acción de la mesa sectorial de participación ciudadana”

COMPONENTE 4: Se modificó.

Del subcomponente 5 se modificaron 2 actividades “Realizar medición de la percepción del servicio al ciudadano de los trámites de la entidad” y “Realizar una encuesta de medición de los servicios de la Entidad” por “Identificar las necesidades de satisfacción de los usuarios con los trámites y servicios de la entidad” y “Aplicar la encuesta de la percepción del servicio al ciudadano de los trámites y servicios de la entidad”.

COMPONENTE 5: No se modificó.

COMPONENTE 6: No se modificó.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

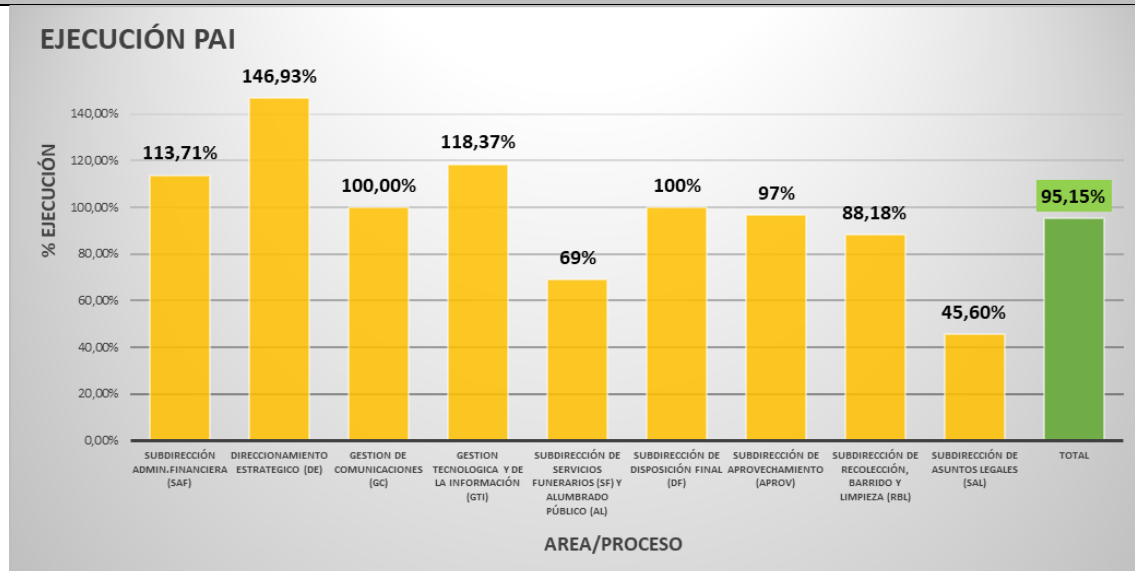
2.1. CONFORMIDAD: PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACCIONES ASOCIADAS CON LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES. Se observa que se conserva y mantiene información documentada respecto de las acciones que promueven la materialización de metas proyecto de inversión, objetivos estratégicos y metas Plan de Desarrollo, por medio de la definición de Iniciativas (Plan o Proyecto), metas e hitos, los cuales se programaron para la vigencia 2020.

De acuerdo con la información documentada suministrada por los procesos y análisis realizado por los auditores de la Oficina de Control Interno, se realizó el cálculo de los resultados con el objetivo de establecer el nivel de cumplimiento de la gestión de cada una de las dependencias, cuyo resultado general se estima en promedio en un **57,2%** de avance de las acciones planificadas para el primer semestre de 2020. A continuación, se detalla los aspectos verificados y avances estimados, según metodología e instrumento aplicado:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS						
AREA/PROCESO	PLAN DE ACCIÓN	GESTIÓN PPTAL Y CONTRACTUAL	AVANCE FISICO DE M.PROD. Y PROY. INV.	SOLIDEZ DE LOS CONTROLES (RIESGOS)	PAAC	PLAN DE MEJORAMIENTO
SUBDIRECCIÓN ADMIN.FINANCIERA (SAF)	34,0%	51,1%	22,5%	44,0%	75,2%	61,3%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO (DE)	47,9%	28,2%	70,0%	50,0%	18,2%	67,3%
GESTION DE COMUNICACIONES (GC)	50,0%	43,7%	18,0%	100,0%	87,2%	80,0%
GESTION TECNOLOGICA Y DE LA INFORMACIÓN (GTI)	34,8%	31,9%	72,0%	100,0%	100,0%	0,0%
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS FUNERARIOS (SF) Y ALUMBRADO PÚBLICO (AL)	48,8%	38,0%	62,5%	100,0%	50,0%	49,6%
SUBDIRECCIÓN DE DISPOSICIÓN FINAL (DF)	44,9%	36,8%	57,3%	75,0%	50,0%	61,1%
SUBDIRECCIÓN DE APROVECHAMIENTO (APROV)	70,5%	68,3%	75,0%	66,7%	50,0%	65,9%
SUBDIRECCIÓN DE RECOLECCIÓN, BARRIDO Y LIMPIEZA (RBL)	50,0%	45,9%	43,2%	100,0%	50,0%	53,3%
SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS LEGALES (SAL)	62,5%	65,2%	N.A.	75,0%	86,7%	35,2%

2.2 CONFORMIDAD: PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL: Se observa gestión en el avance en el PAI de la Entidad. El cual, para la vigencia está conformado por 61 hitos, con un resultado promedio de la incidencia en las iniciativas de las Dependencias en el primer semestre de 43,59%, de un promedio programado de 45,59%, para una ejecución del **95,15%**.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

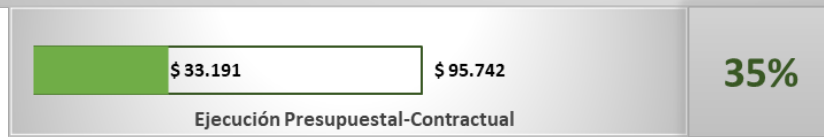
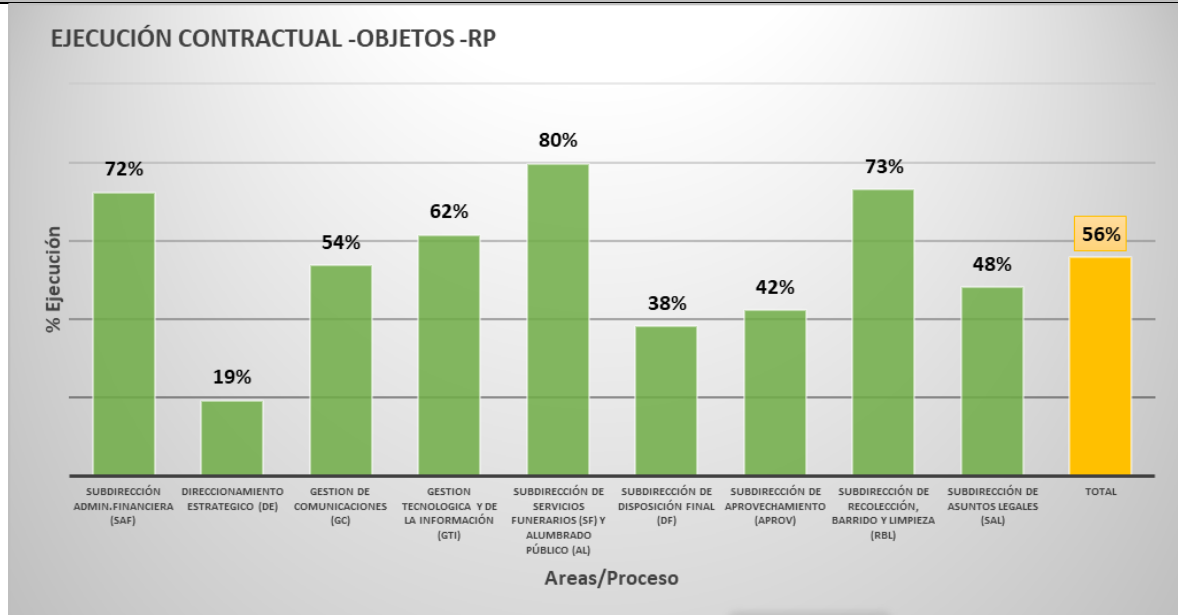


Conforme a la anterior, se destacan las gestiones de 7 Procesos (DE, GC, SDF, SRBL, SAF, GTI y SAPROV), con una ejecución mayor al 80%.

2.3 CONFORMIDAD: RECURSOS PRESUPUESTALES QUE FACILITAN LA OPERACIÓN DE ACCIONES PLANIFICADAS. En los documentos “Plan Anual de Adquisiciones”, matriz de “Seguimiento Presupuestal 2020”, y matriz de “Seguimiento a las viabilidades 2020”, se evidenciaron objetos contractuales y recursos estimados por Dependencia, que, al verificar su operacionalización, permiten ejecutar las funciones y actividades previstas en el Plan de Acción Institucional – PAI, Plan de Desarrollo, y de esta manera, en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Se observa una programación presupuestal de **\$ 95,742 millones**, de los cuales, en el primer semestre se han ejecutado **\$33.191 millones**, correspondiente el 35%, con un estimado de 692 objetos contractuales, y una ejecución del 56%.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS



2.3.1 se evidencian otros registros que complementan la anterior información (Plan de acción 2016-2020), ejecuciones presupuestales según PREDIS, y matrices de control presupuestal y contractual internas, en virtud de los avances físicos, contractuales y presupuestales referentes a metas proyecto de inversión, producto y resultado del Plan de Desarrollo vigente, que evidencia la destinación de recursos para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

2.3.2 En razón a que la ejecución de recursos presupuestales es del 35% por debajo de la media del semestre 50%, hay que tener en consideración que estos recursos continúan por lo que resta de la vigencia, y en el proceso de armonización con el nuevo plan de desarrollo 2020-2024, genera una oportunidad para mejorar la eficacia en la ejecución presupuestal y contractual.

2.4 CONFORMIDAD: GESTIÓN DE PAGOS DE VIGENCIAS ANTERIORES A 2020: Resultado de verificar las reservas presupuestales, se evidenció:

2.4.1. Los compromisos vigencia 2019 pendientes de pago ascienden a \$ 55.453 millones, luego de la gestión de giros por valor de 33.942 millones con gestión del **61%**, el saldo pendiente de pago

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

asciende al 39%. Las Dependencias con mayor gestión de pago son; SAF (80%), SAPROV (98%), y GC (75%).



2.5 CONFORMIDAD EN LA GESTIÓN DE PASIVOS EXIGIBLES: Según base de datos suministrada por la Entidad, en el primer semestre de 2020, se evidencia saldos fenecidos equivalentes a \$8.527 millones. Con una gestión positiva del **55%** en los giros por valor de \$4.661 millones, queda un saldo pendiente por gestionar del 45%. Realizada la evaluación, se evidencia gestión en los giros en 6 de los 9 procesos de la Unidad, donde se destacan gestiones realizadas por la SDF (Subdirección de Disposición Final) y SAPROV (Subdirección de Aprovechamiento).

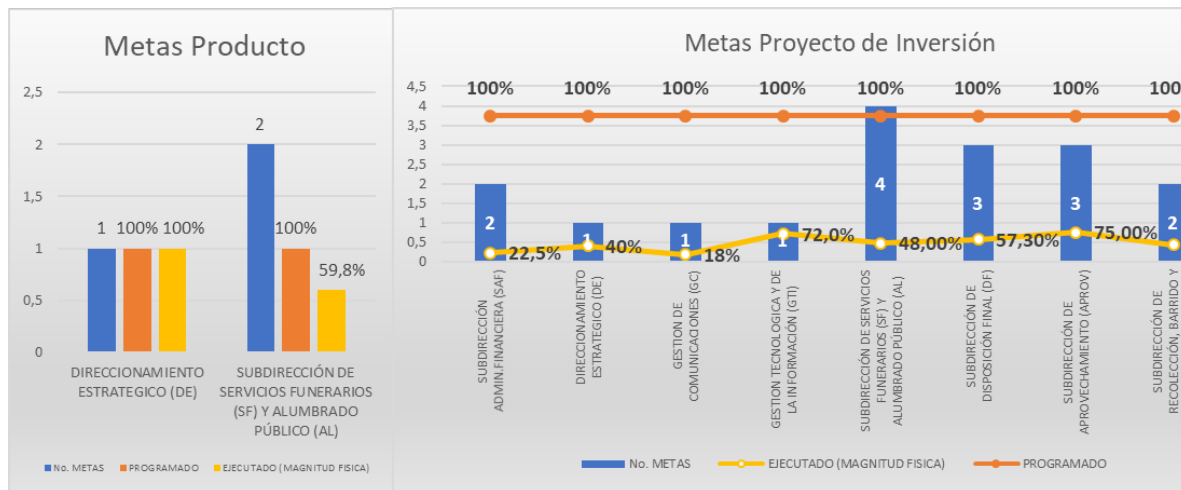


2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.6. CONFORMIDAD: AVANCES Y LOGROS DOCUMENTADOS. Los procesos auditados dan cuenta de las evidencias que demuestran el nivel de avance y cumplimiento de lo planificado. Se observa avances de cumplimiento de las 16 metas formuladas para los proyectos de inversión, del cual estimamos en promedio avance físico (magnitud) del **47%**.

2.6.1. Así mismo y para la vigencia 2020 se evidencia que la Entidad gerencia 3 metas producto del Plan de Desarrollo vigente, las cuales estimamos un avance promedio del **80%**. Por lo anterior se evidencia un avance consolidado de las 19 metas evaluadas, el cual se estima en promedio del **64%** en el primer semestre.

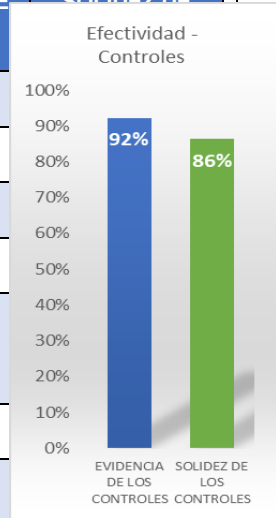
De acuerdo con la programación y a la media de cumplimiento semestral (50%), se destaca la gestión en el avance de la Metas plan de Desarrollo, de las Dependencias SDF, SAPROV y GTI.



2.6. CONFORMIDAD: ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS. En el seguimiento realizado por la OCI a los Mapas de Riesgos de Gestión se evidencia que actualmente se han identificado trece (13) riesgos y cincuenta y un (51) controles a nivel institucional. La tabla a continuación detalla por dependencia los riesgos, controles establecidos, evidencia de los controles y la solidez de los controles de acuerdo con el análisis realizado de la efectividad de estos, en el primer semestre de 2020:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

AREA/PROCESO	RIESGOS IDENTIFICADOS	CONTROLES ESTABLECIDOS	EVIDENCIA DE LOS CONTROLES	SOLIDEZ DE LOS CONTROLES
SUBDIRECCIÓN ADMIN.FINANCIERA (SAF)	2	10	100%	
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO (DE)	1	5	50%	
GESTION DE COMUNICACIONES (GC)	1	4	100%	
GESTION TECNOLOGICA Y DE LA INFORMACIÓN (GTI)	2	8	100%	
SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS FUNERARIOS (SF) Y ALUMBRADO PÚBLICO (AL)	2	2	100%	
SUBDIRECCIÓN DE DISPOSICIÓN FINAL (DF)	1	5	80%	
SUBDIRECCIÓN DE APROVECHAMIENTO (APROV)	1	5	100%	
SUBDIRECCIÓN DE RECOLECCIÓN, BARRIDO Y LIMPIEZA (RBL)	1	5	100%	100%
SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS LEGALES (SAL)	2	7	100%	50%



De los doce (51) controles establecidos, se observa evidencia de la ejecución de los controles al 100% en 7 de las 9 Dependencias, en las 2 Dependencias restantes se evidencia un 80% y 50% respectivamente.

Para el caso de la solidez del control, se evidencia 6 Dependencia con una efectividad del 100%, y 3 Dependencias con una efectividad >= 50%.

Por lo anterior, en los riesgos de gestión o proceso, se observa una estimación promedio de la evidencia de la ejecución de los controles del **92%**, y una solidez del control en cuanto a la efectividad del diseño del **86%**. Lo anterior denota una gestión y seguimiento a las actividades de control que permiten que los riesgos no se materialicen.

2.7. CONFORMIDAD – PAAC: Respecto al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, PAAC, se realizó verificación y seguimiento a 57 actividades programadas, con un resultado en promedio del **43%** para los 6 componentes.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

COMPONENTE	ACTIVIDADES POR SUBCOMPONENTE	ACCIONES PREVISTAS	AVANCE
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos	5	5	37%
Componente 2: Racionalización de trámites	1	1	50%
Componente 3: Rendición de Cuentas	8	8	19%
Componente 4: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano	14	14	42%
Componente 5: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información	11	11	60%
Componente 6: Iniciativas adicionales	18	18	52%
TOTAL	57	57	43% PROMEDIO

2.7.1. El componente Gestión de Riesgos de Corrupción, registra un avance del 37%, equivalente al seguimiento de 5 actividades. No se presentan observaciones por parte de los auditores en cuanto a la aprobación de los riesgos de corrupción y el diseño de los controles.

2.7.2. El componente Racionalización de Tramites, registra un avance del 50%, dado que la SRBL informa que se actualizo la APP, en cuanto a la ampliación para poder cargar archivos a 24 MB. No obstante, no informan si se realizó un plan de acción o los ajustes necesarios de acuerdo con la recomendación realizada en el pasado seguimiento con corte al 30/04/2020.

Por otra parte, es necesario informar que se dio trámite ante el SUIT del Registro de seguimiento SUIT por la Oficina de Control Interno en los tiempos establecidos para el mes de agosto de 2020, se evidencia que la Oficina Asesora de planeación no está cargando información en este aplicativo.

2.7.3. El componente Rendición de Cuentas, se observa un avance del 19% equivalente al seguimiento de 8 actividades, de las cuales 2 tienen un avance promedio del 100%, 1 tiene un avance del 20% y 5 actividades tienen avance 0% debido a que no se ha iniciado con lo establecido en el PAAC por parte del proceso encargado.

2.7.4. El componente Atención al Ciudadano, presenta un avance del 42%, equivalente al seguimiento de 14 actividades, de las cuales 2 presentan un avance del 100%, 7 presentan un avance promedio del 51% y 6 actividades presentan un avance de 0%.

2.7.5. El componente Transparencia y Acceso a la Información, presenta un avance del 60%, equivalente al seguimiento de 11 actividades, de las cuales 4 presentan un avance del 100%, 5 presentan un avance promedio del 47% y 2 actividades presentan avance del 0%.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.7.6. El componente Iniciativas Adicionales, presenta un avance del 52%, equivalente al seguimiento de 18 actividades, de las cuales 4 presentan un avance del 100%, 8 actividades presentan un avance promedio del 48% y 6 actividades presentan un avance del 0%.

2.8. CONFORMIDAD RIESGOS DE CORRUPCIÓN: En la verificación realizada por la Oficina de Control Interno - OCI al Mapa de Riesgos de Corrupción se observó que se formularon 14 riesgos con 20 controles para los procesos de la UAESP de la siguiente manera:

MAPA DE RIESGOS DE CORRUPCIÓN		
PROCESO	No. de riesgos	No. de controles
Direccionamiento Estratégico	1	1
Gestión de Comunicaciones	1	3
Gestión Integral de Residuos Sólidos	1	1
Alumbrado Público	1	1
Servicios Funerarios	1	1
Gestión de Talento Humano	1	1
Gestión financiera	1	1
Gestión Documental	1	2
Gestión de Apoyo Logístico	1	1
Servicio al Ciudadano	1	1
Gestión de Asuntos Legales	2	3
Gestión de Tecnológica y de la Información	1	1
Evaluación Control y Mejora	1	4
TOTAL	14	21

En la siguiente tabla se puede observar la evaluación de los riesgos antes de controles y después de controles:

PROCESO	ANTES DE CONTROLES	DESPUES DE CONTROLES
Direccionamiento Estratégico	extremo	moderado
Gestión de las Comunicaciones	alto	moderado
Gestión Integral de Residuos Sólidos	extremo	moderado
Servicios Funerarios	extremo	moderado
Alumbrado Público	extremo	moderado
Gestión de Asuntos Legales	extremo	moderado
	moderado	moderado
Servicio al Ciudadano	extremo	moderado

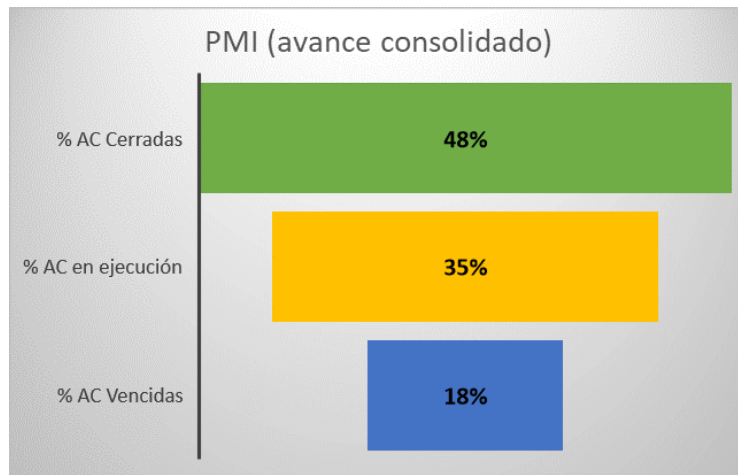
2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Gestión Documental	extremo	moderado
Gestión Financiera	extremo	moderado
Gestión de Apoyo Logístico	alto	moderado
Gestión de Talento Humano	extremo	moderado
Gestión de Tecnológica y de la Información	extremo	moderado
Evaluación y Mejora	extremo	moderado

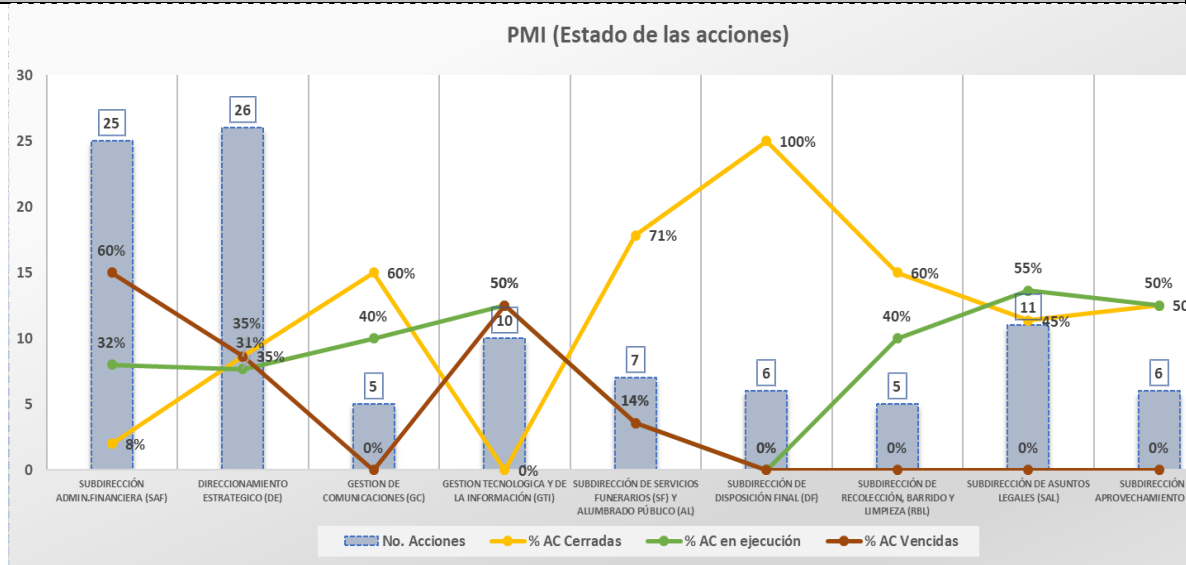
- Se observa que todos los procesos tienen riesgo moderado después de evaluar los controles, es de aclarar que El proceso gestión de asuntos legales cuenta con 2 riesgos uno extremo y uno moderado.

2.9. CONFORMIDAD EN LA GESTIÓN DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO: Se realizó la evaluación y seguimiento al Plan de Mejoramiento Interno y Plan de Mejoramiento Externo (CGB) con un avance promedio en su gestión en las acciones cerradas del 48%.

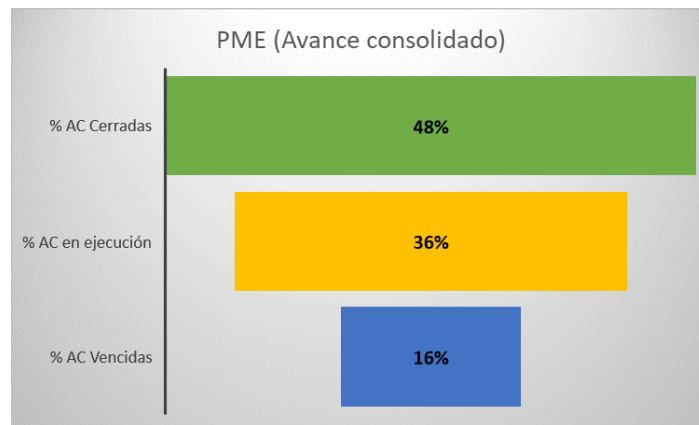
2.9.1 En el Plan de Mejoramiento Interno, se evidencia un total de 101 acciones con la siguiente gestión:



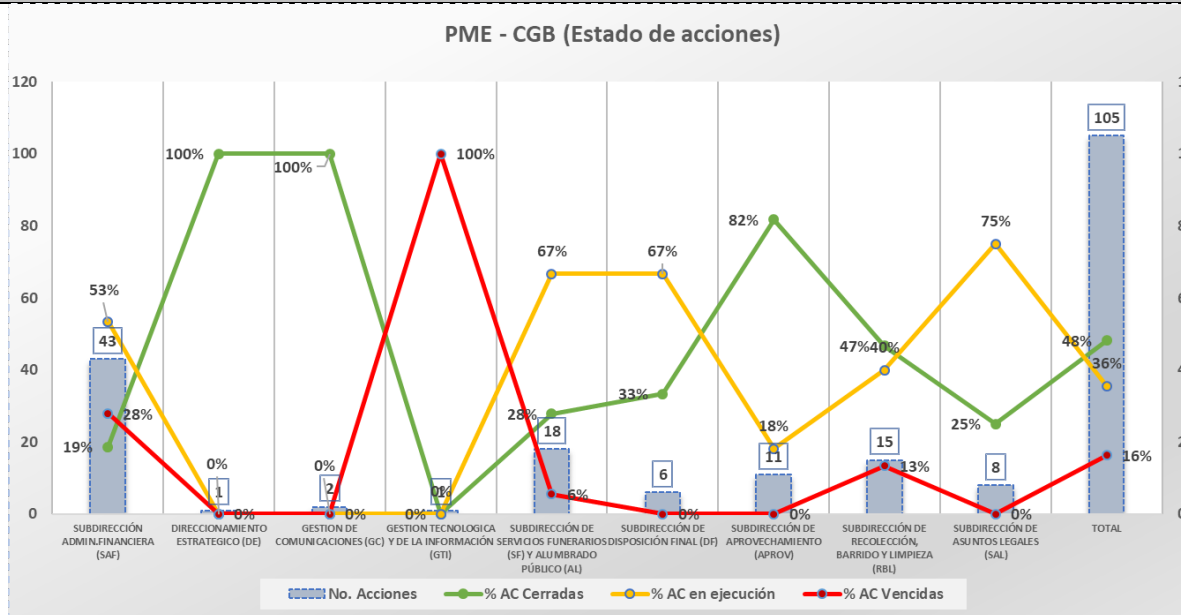
2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS



2.9.2 En el Plan de Mejoramiento Externo (CGB), se evidencia un total de 105 acciones con la siguiente gestión:



2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS



Con los resultados anteriores, se denota una gestión importante en los planes de mejoramiento en la unidad, con un avance del **83%** entre las acciones cerradas y las que continúan en ejecución.

3. OBSERVACIONES

3.1. DEBIL ARTICULACIÓN DEL ENFOQUE BASADO EN PROCESOS EN DOCUMENTOS REFERENTES A LA PLANIFICACIÓN. En documento Plan de Acción Institucional - PAI su estructura se basa en dependencias lo que tal vez limita el enfoque basado en procesos, y a una mirada vertical y transversal de la operación de la Entidad con respecto de las iniciativas, hitos, entregables, proyectos de inversión y metas plan de desarrollo versus procesos y servicios de la UAESP.

3.2 DEBILIDADES EN LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL PAI: Se observan hitos con rezago en su gestión de vigencias anteriores, evidenciando debilidades en el proceso de planeación, y una posible materialización del riesgo de incumplimiento del PAI de la OTIC.

3.3 DEBILIDADES EN LA GESTIÓN PRESUPUESTAL Y CONTRACTUAL: Se evidencian debilidades en la planeación presupuestal en la mayoría de los procesos, respecto a la ejecución en el periodo evaluado, proyectando en el PAA una contratación alta, que posteriormente no se

3. OBSERVACIONES

gestionó, pudiendo reprogramar tal gestión debido el cambio de administración y proceso de armonización.

3.4 SEGUIMIENTO Y CONSOLIDACIÓN DE LA EJECUCIÓN DE LAS METAS PLAN DE DESARROLLO: Se identificaron debilidades en algunas Dependencias, en el seguimiento y consolidación para el cumplimiento en las metas proyecto de inversión, fuente para el reporte de SEGPLAN, y principalmente para la evaluación de los resultados del plan de acción de la Entidad.

Teniendo en cuenta que se realizó el proceso de armonización con el nuevo Plan de Desarrollo, donde se le va a dar continuidad a algunas metas proyecto de inversión, se recomienda ajustar el monitoreo periódico, así varíen los tiempos de seguimiento y reporte por parte de las autoridades Distritales, en virtud de los conceptos de autocontrol y autoevaluación.

3.5. ACTIVIDADES EN EL PAAC: Se observa según programación 57 actividades previstas relacionadas con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, PAAC, sin embargo, se evidencian las siguientes actividades atrasadas, así:

3.5.1. ACTIVIDADES CON 0% DE AVANCE: A pesar de que se observan actividades que tienen fecha de terminación en noviembre y diciembre del 2020, no se evidencia ningún avance para el primer semestre de la presente vigencia a continuación se relacionan las actividades por componte con avance 0%.

- Se observa un avance del 0% para las actividades del componente 1 del PAAC: Actualizar y socializar la política de gestión del riesgo en la entidad y Reporte de monitoreo a las acciones establecidas para la mitigación de riesgos.
- Avance del 0% para las actividades del componente 3 del PAAC: Identificar los canales de rendición de cuentas, Realizar ejercicio de rendición de cuentas, Atender los compromisos y acciones de mejora identificados en los espacios de rendición de cuentas, Elaborar informes de resultados, logros y dificultades de los espacios de rendición de cuentas y Socializar los resultados de rendición de cuentas con nuestros grupos de interés.
- Avance 0% para las actividades del componente 4 del PAAC: Fortalecer la atención al ciudadano a través de los diferentes canales de atención, Verificar la coherencia de la información reportada de los trámites en los diferentes portales de información de trámites a nivel nacional y distrital (Guía de Trámites y Servicios y Mapa Callejero, SUIT,y VUC), Capacitar a los servidores en el uso del Centro de Relevó (discapacidad auditiva) y ConverTIC (personas sordas), Revisar y actualizar la caracterización de los grupos de interés de la Unidad, Aplicar la encuesta de la percepción del servicio al ciudadano de los trámites y

3. OBSERVACIONES

servicios de la entidad e Identificar las necesidades de satisfacción de los usuarios con los trámites y servicios de la entidad.

- Avance 0% para las actividades del componente 5 del PAAC: Divulgar el protocolo para la publicación de los contenidos mínimos de información en el botón de Transparencia y Acceso a la Información Pública y Realizar seguimiento al cumplimiento de la ley de transparencia.
- Avance 0% para las actividades del componente 6 del PAAC: Divulgar la Política para la identificación y de gestión de posibles conflictos de intereses de la UAESP, Elaborar informes de seguimiento al plan de acción de participación ciudadana, 3. Selección de Nuevo equipo de Gestores de Integridad, 10. Desarrollo de la semana de la integridad UAESP, 11. Proponer una metodología compartida e institucionalizada para el desarrollo del Comité Primario dentro de la cual el tema de integridad sea obligatorio en el componente de cultura y 13. Aplicación de una encuesta virtual de integridad.

3.5.2 AUTOEVALUACIÓN ACTIVIDADES PAAC RESPONSABILIDAD DE LA OAP: en la evaluación realizada con corte primer semestre del año, no se evidencia seguimiento y avance en el PAAC de la OAP. Lo anterior evidenciando debilidad en la eficacia de las acciones planteadas, expresado en un 18% de avance.

3.6. DEBILIDADES EN LA DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES DE CONTROL FRENTE A LA GESTIÓN DE RIESGOS Y OPORTUNIDADES. Considerando que ya debe estar actualizada la metodología y procedimiento frente a la gestión de riesgos, producto de las verificaciones se evidencian debilidades por parte de las dependencias entre otras, se resaltan las siguientes:

- **Subdirección Administrativa y Financiera – SAF:** Se observa que pese a los diversos correos electrónicos y solicitudes de información de las evidencias que dieran cuenta del seguimiento a los riesgos de corrupción y los riesgos de gestión o de proceso de la SAF por parte de esta oficina, así como del enlace principal a los diferentes líderes de proceso que compone la SAF no fue posible que se nos enviara la información (evidencias) para poder llevar a cabo la verificación y seguimiento a 31 de agosto de 2020.
- **Subdirección de Disposición Final – SDF:** frente al riesgo de corrupción Autorizar el pago a los operadores y/o interventorías, sin el cumplimiento de las obligaciones contractuales, en los seguimientos mensuales realizados a la supervisión del Contrato deben ser evidenciados a través de los informes de Supervisión y Control, los cuales no fue posible acceder a ellos debido a que no se encuentran aprobados por el subdirector del proceso.

3. OBSERVACIONES

- **Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público – SSFAP:** Se observa para el riesgo de corrupción, “Autorización del servicio de alumbrado público sin el cumplimiento de los requisitos para el beneficio de un tercero”, que una vez verificado el seguimiento realizado a los controles, se observa que la evidencia aportada por el proceso no está relacionada con la evidencia de la acción del control que se describe en esta matriz, lo cual refleja una falencia a la hora de planificar la identificación de los riesgos de corrupción y el diseño de los controles.

3.7. OBSERVACIÓN - OPORTUNIDADES: No se observa en los procesos auditados acciones para abordar oportunidades en virtud de los servicios de la Entidad, razón por la cual es necesario escalar la verificación en el proceso de direccionamiento estratégico, tal vez, esperando motivaciones sobre la actualización de la metodología que está en proceso de implementación.

3.8 DEBILIDADES EN LA GESTIÓN DE ACCIONES VENCIDAS EN EL PMI y PME: Se observa un total de 20 acciones vencidas que equivalen a un 17%, donde no se le ha dado cumplimiento al tiempo programado para la gestión de los hallazgos. Lo anterior denota debilidades en el seguimiento y monitoreo en los Planes de mejoramiento.

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

No.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
4.1.	DIRECCIONAMIENTO ESTARTEGICO - ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES: No se observa en los procesos auditados acciones para abordar oportunidades en virtud de los servicios de la Entidad, razón por la cual es necesario escalar la verificación en el proceso de direccionamiento estratégico, tal vez, esperando motivaciones sobre la actualización de la metodología que está en proceso de implementación, observando incumplimiento a lo establecido en el numeral 6.1. de la Norma ISO 9001:2015.	4. Norma ISO 9001:2015, Numeral 6.1. Acciones para abordar riesgos y oportunidades.

5. CONCLUSIONES

5.1. Se observa gestión en el avance en el PAI de la Entidad. El cual, para la vigencia está conformado por 61 hitos, con un resultado promedio de la incidencia en las iniciativas de las Dependencias en el primer semestre de 43,5%, de un promedio programado de 45,8%.

5. CONCLUSIONES

5.2. En la gestión presupuestal y contractual de evidencian fortalezas en la gestión de depuración de reservas presupuestales con un avance del 61%, los pasivos exigibles con un avance del 55%, y una ejecución presupuestal del 35%.

5.3. Se identificaron debilidades en algunas dependencias en el seguimiento y consolidación para el cumplimiento en las metas proyecto de inversión, fuente para el reporte de SEGPLAN, y principalmente para la evaluación de los resultados del plan de acción de la Entidad.

5.4. En los riesgos de gestión, se evidencia una gestión importante en la efectividad de la ejecución de los controles con un avance promedio del 92%. No obstante, se observan debilidades en algunas dependencias que no han adoptado la metodología del formato establecido para el diseño de los controles.

5.5. Se observa seguimiento a las actividades de los componentes del PAAC y al Mapa de riesgos de Corrupción primer semestre de la vigencia 2020, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

5.6. Se evidencio avance a las actividades de los componentes del PAAC vigencia 2020, en el primer semestre de 2020, no obstante, se observan debilidades ya que se evidencian actividades que no han iniciado con lo establecido en el PAAC, por los procesos responsables

5.7. Se observa el Registro del Seguimiento en la herramienta SUIT dentro de los términos establecidos.

5.8. No se pudo realizar las visitas en sitio, con el propósito de verificar entre otras cosas, disponibilidad y trazabilidad de la información física de las evidencias (registros, documentos, etc.), niveles de responsabilidad y apropiación de la gestión que se realiza.

5.9. Se desarrollo un ejercicio de 100% auditoria de escritorio, con base a la información suministrada por la Oficina, y la verificación realizada en los diferentes instrumentos disponibles en los canales virtuales de la Entidad.


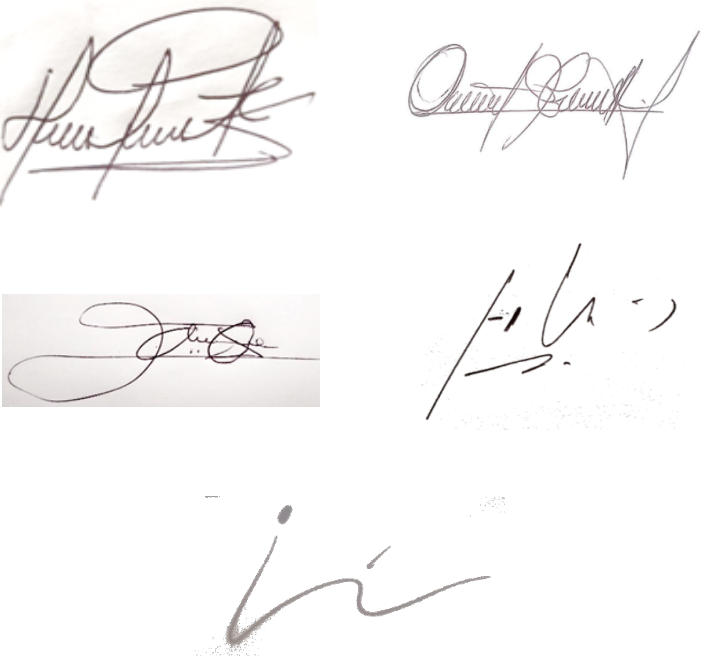
5.10. Las Subdirecciones y Oficinas cuentan con información que demuestra acciones a pesar del impacto de la emergencia ambiental decretada, y el impacto que significó en las labores diarias en Oficina versus Trabajo en Casa.

6. RECOMENDACIONES

6. RECOMENDACIONES

- 6.1. Ajustar el PAI, conforme a productos explícitos e implícitos que se puede evidenciar en el artículo 8º del Acuerdo 001 de 2012 Consejo Directivo de la Unidad Administrativa Especial de Servicios Públicos.
- 6.2. Se recomienda mantener el monitoreo periódico de las metas proyecto de inversión, así varíen los tiempos de seguimiento y reporte por parte de las autoridades Distritales, en virtud de los conceptos de autocontrol y autoevaluación.
- 6.3. Realizar los ajustes y modificaciones en la programación presupuestal, teniendo en cuenta que, en el segundo semestre de 2020, inicia el nuevo Plan de Desarrollo Distrital, para lo cual se debe contemplar presupuesto para la nueva contratación, las adiciones presupuestales e imprevistos que surjan de las nuevas necesidades para gestionar el programa de gobierno.
- 6.4. Fortalecer el seguimiento y monitoreo de los planes de mejoramiento, con el propósito de evitar el incumplimiento en la programación de las acciones, para evitar su vencimiento.
- 6.5. Para el segundo seguimiento se realizará nuevamente validación de las seis preguntas del SUIT, dado que en este corte no se evidencian documentos y acciones desarrolladas durante el periodo de planificación. Así mismo se recomienda adelantar y realizar las sugerencias realizadas por el DAFP en cuanto a la racionalización del plan de acción.
- 6.6. Se recomienda a los procesos responsables que tienen avance del 0% en actividades del PAAC realizar los ajustes y avances necesarios para el cierre de la vigencia 2020.
- 6.7. Que los procesos soliciten a la oficina asesora de Planeación asesoría e inducción para abordar Oportunidades y dar cumplimiento a lo establecido en el numeral 6.1. de la Norma ISO 9001:2015.
- 6.8. Verificar los indicadores y las metas de las actividades en el PAAC para que se presenten las evidencias correspondientes y necesarias en tiempo y oportunidad a los auditores.
- 6.9. Actualizar matriz de riesgos conforme a nuevos eventos, causas, impactos evidenciados conforme a la Emergencia Ambiental, y diseñar los controles, así como urgentemente el relacionado con riesgos de corrupción y fraude.

Informe de auditoría interna

APROBACIÓN:	
 Jefe(a) de Oficina de Control Interno	 Auditor(es) Interno(s)
FECHA⁴:	02 – OCTUBRE – 2020

(4) Fecha en la cual el(la) jefe(a) de Oficina y los Auditores Internos designados APROBARON el Informe de Auditoría.