

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100027593**

Página 1 de 5

PARA: LUZ AMANDA CAMACHO SÁNCHEZ
Dirección General

DE: OFICINA DE CONTROL INTERNO

ASUNTO: Resultados de la Evaluación a la Gestión Institucional, primer ciclo (Consolidado)

Respetada Dra. Luz Amanda:

De conformidad con lo establecido en el artículo 39 de la ley 909 de 2004; el numeral e) del artículo 2.2.21.4.9 del Decreto 1083 de 2015, modificado por Decreto 648 de 2017; entre otros, 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.

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 usó un 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 que conllevó a realizar reuniones y verificaciones por la herramienta Teams. Lo anterior debido al tema ambiental y sanitario (Pandemia COVID - 19).

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

- La gestión de la Entidad se estima en un 42.9%, basado en los porcentajes de cada uno de los procesos producto del seguimiento. Dado el promedio de los resultados de la gestión institucional evaluada en las dependencias/procesos indicados en el presente documento.

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

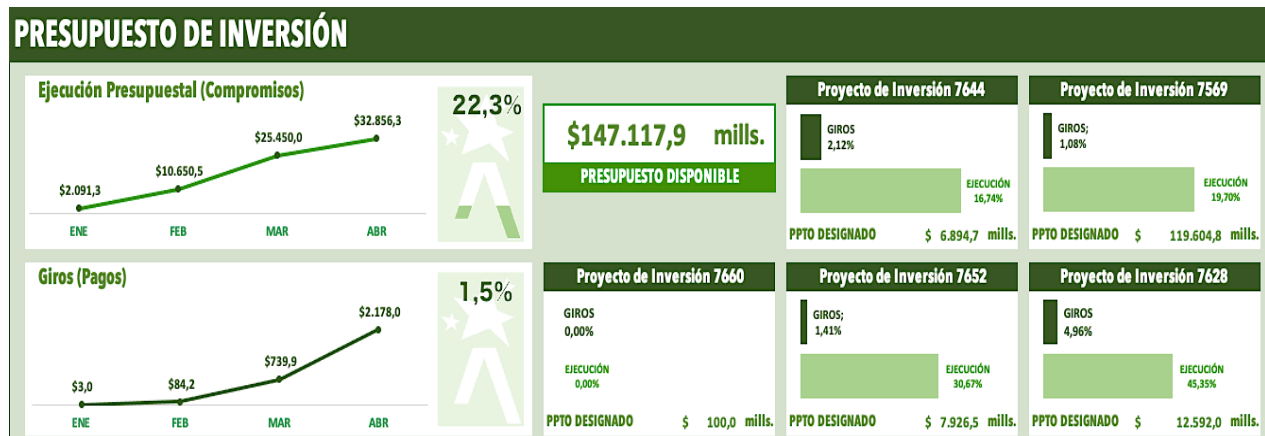
No.: **20211100027593**

Página 2 de 5

Resaltamos que en este promedio no está incluido el Proceso de Evaluación y Mejora a cargo de la Oficina de Control Interno.

- Resultado de la evaluación de los Planes de Acción Institucionales - PAI por dependencias, de un total de 53 actividades principales; se evidencia un avance promedio del 16.02% con corte al primer trimestre de 2021. Lo anterior implica un bajo nivel al comparar contra el promedio esperado del 25% de cumplimiento para el primer trimestre de la vigencia en la Entidad.
- Conforme la programación de las metas asociadas al interior de los proyectos de inversión, es evidente que 21 metas (70%), presentan conformidad frente a la gestión y avance de cumplimiento, según lo expuesto en auditoría. No obstante, 9 metas (30%) evidencian debilidades en el cumplimiento de estas por falta de gestión e inoportunidad o falta de los soportes necesarios para determinar el avance.

Al observar la ejecución presupuestal, observamos un 22,3% de ejecución del Presupuesto Inversión, pero un 1,5% de Giros (pagos). Si se considera la probable relación directa e impacto con el avance físico, dado que, cada pago media entregables asociados a una meta, podría afectar la coherencia con la magnitud presentada para las metas de los proyecto de inversión. A continuación presentamos el siguiente comportamiento:



- Respecto a la ejecución presupuestal de Gastos de Funcionamiento, los rubros gastos de personal y transferencias referentes principalmente al pago del Servicio de Alumbrado Público de la Ciudad, presentan un comportamiento que jalonan la ejecución total de este rubro, y estos obedecen a gestiones usuales para la Entidad.

MEMORANDO

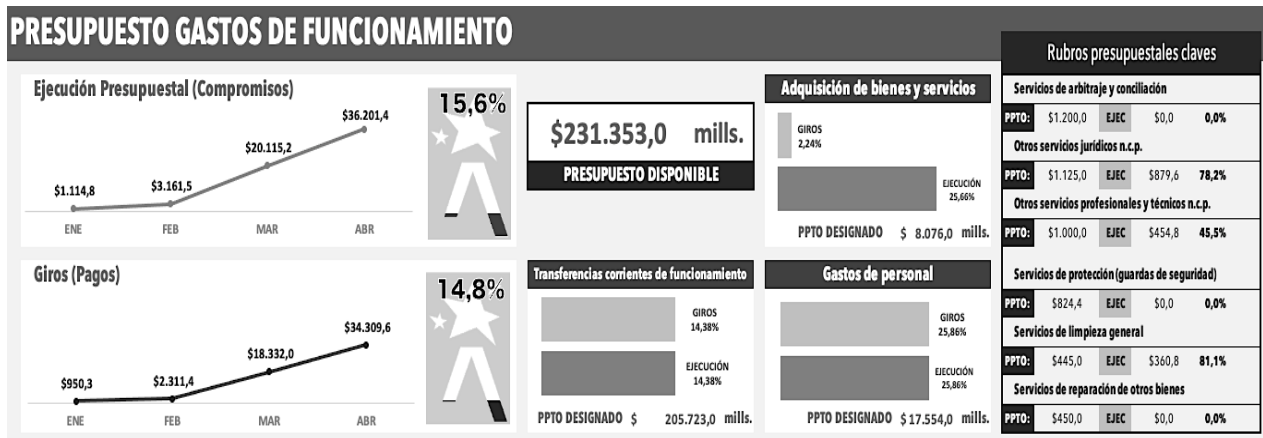


Al contestar, por favor cite el radicado:

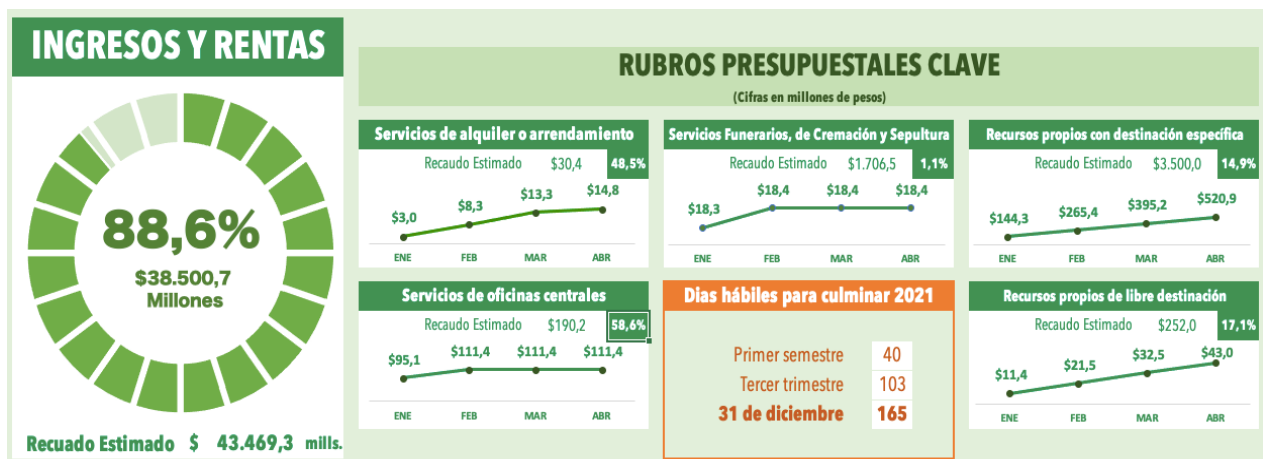
No.: **20211100027593**

Página 3 de 5

Por tal razón, identificamos como clave gestionar el rubro Adquisición de Bienes Servicios, y es especial 6 rubros que posiblemente pueden impactar la gestión presupuestal en virtud de los objetivos previstos para la Entidad, equivalentes a \$5.044,4 millones, el 62,5% del total del presupuesto del rubro. A continuación, evidenciamos el siguiente comportamiento:



- Así mismo, y del presupuesto de Ingresos y Rentas para el 2021, identificamos rubros claves que podrían impactar respecto de los ingresos estimados, y que recomendamos monitorear para que no afecte la financiación de acciones previstas para el 2021. A continuación presentamos comportamiento observado:



MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100027593**

Página 4 de 5

- De las reservas constituidas al cierre del 2020 por valor de \$45.029 millones, durante el primer trimestre del 2021 fueron giradas \$13.124 millones (29%) y anuladas \$456 millones (1%).
- Evidenciamos un avance general en la contratación del 42,6% frente a lo programado en el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) del SECOP al 31/03/2021. Al verificar las modificaciones al PAA, se observa a marzo de 2021 siete (7) versiones, que comparadas con las treinta y una (31) sucedidas para el 2020, evidencia un mejor manejo a este documento. A abril, se observan diez (10) en 2021 versus cincuenta y tres (53) para el 2020.
- El saldo de los pasivos exigibles al 31 de marzo del 2021 fue de \$20.082 millones, de los cuales el 76,6% están a cargo de la Subdirección de Recolección, Barrido y Limpieza y el 88% fenecieron en los años 2019 y 2020, lo que significara gestionar los actos administrativos respectivos con copia al grupo disciplinarios de la Entidad.
- Se observa seguimiento a las actividades de los componentes del PAAC y al Mapa de riesgos de Corrupción con corte al 31/04/2021, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011. No obstante, se observaron actividades con 0% de avance. A su vez se recomienda revisar las matrices de riesgos de corrupción en la mayoría de procesos, por cuanto el riesgo residual se refleja en alto después de controles.
- Para el primer cuatrimestre del 2021, se observa en general la documentación de controles para los riesgos de gestión y el seguimiento de las acciones por parte de los procesos, para prevenir la materialización de los riesgos.
- Se observa seguimiento a los Planes de mejoramiento externo Contraloría de Bogotá D.C. y Contraloría General de la Republica. No obstante, se observa el incumplimiento para el cierre de acciones correctivas, debido a que no se presentan las evidencias necesarias para recomendar cierre por los procesos.
- Se evidencia gestión de las acciones del plan de mejoramiento interno teniendo en cuanto que el 21% de las acciones ya se encuentran en cierre; sin embargo, el número de acciones incumplidas, vencidas en proceso y sin comunicación de tratamiento, representa una mayor proporción (34%), evidenciando de esta manera debilidades de planeación y cumplimiento de plazos para ejecución de actividades.
- Se resalta la adecuada gestión del Plan de Mejoramiento de la Veeduría toda vez que no hay acciones incumplidas, ni vencidas en proceso.

MEMORANDO



Al contestar, por favor cite el radicado:

No.: **20211100027593**

Página 5 de 5

A la presente se anexa informe consolidado, que contiene principales aspectos de los resultados a nivel Entidad y de forma consolidada, recomendando activar las mesas técnicas del MIPG necesarias y correspondientes, primeras y segundas líneas de defensa para analizar las alertas (observaciones) y tratarlas en virtud del cumplimiento de los objetivos institucionales y de lo que la ciudad espera de todos nosotros.

Cordialmente,

ANDRÉS PABON SALAMANCA

Jefe Oficina Control Interno

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

Anexos: Informe Consolidado, DashBoard Presupuestal, Matrices de seguimiento a PAAC, Riesgos y Plan de Mejoramiento.

Elaboró: Iván Darío Sierra Ballesteros, Oficina de Control Interno

Informado: Subdirectores y Jefes de Oficina de la UAESP.

Informe de auditoría interna

ENFOQUE DE LA AUDITORIA INTERNA	GESTIÓN Y RESULTADOS ⁽¹⁾	ANÁLISIS FINANCIERO Y CONTABLE ⁽¹⁾	LEGAL ⁽¹⁾	SISTEMA DE GESTIÓN ⁽²⁾
	X		X	6.1; 7.1; 8,1; 9.1.3; y 10 de la NTC ISO 9001:2015
INFORME ⁽³⁾	SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN INSTITUCIONAL, ENERO A ABRIL DE 2021			
PROCESO, PROCEDIMIENTO, Y/O DEPENDENCIA	TODOS LOS PROCESOS			
RESPONSABLE Y/O AUDITADOS	LIDERES DE PROCESO Y EQUIPO DE TRABAJO DESIGNADOS.			
OBJETIVO	Verificar de forma Integral la gestión institucional de los procesos de la UAESP.			
ALCANCE	<ol style="list-style-type: none"> Acciones y actividades asociadas con PAI, Metas Proyecto de Inversión, Gestión Presupuestal y Contractual, Planes de Mejoramiento: Corte 31 de marzo de 2021. Acciones y actividades asociadas con PAAC y Gestión de riesgos de Corrupción y Gestión: corte 30 de abril de 2021. 			
PERIODO DE EJECUCIÓN	Del 15/04/2021 al 27/05/2021			
EQUIPO AUDITOR	OSCAR JAVIER HERNANDEZ SERRANO - OJHS LIGIA MARLEN VELANDIA LEON VELANDIA - LMVL SANDRA PATRICIA PARDO RAMIREZ -SPPR LUZ STELLA CAÑON HERNANDEZ - LSCH ERIKA MARCELA HUARI MATEUS - EMHM IVÁN DARÍO SIERRA BALLESTEROS - IDSB			
DOCUMENTACIÓN ANALIZADA ⁽⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> Plan de Acción Institucional vigencia 2021 Hoja de vida de indicadores y/o seguimientos Indicadores Procesos Plan Anual de Adquisiciones 2021 Metas resultado y producto (según corresponda) (reporte SEGPLAN). Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC 2021 Mapa de Riesgos (de Proceso y de corrupción) 2021 Planes de Mejoramiento Institucional y Externos Informe SEGPLAN marzo 31 de marzo 2021 Matriz Contratación Asuntos Legales Informe Dirección Vigencia 2020 Informe Auditoria Regularidad No. 187 PAD 2021 			

	- Otros soportes entregados por los procesos y consolidados encarpeta compartida en One Drive.
--	--

- (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

1.1. En procura de la eficiencia y eficacia administrativa frente a las actividades de Auditoría Interna previstas según Plan Anual de Auditorías - PAA 2021, se realizó un examen del avance de la gestión institucional de la Entidad en cuanto al Plan de Acción Institucional, Hoja de vida de indicadores y/o seguimientos Indicadores Procesos, Plan Anual de Adquisiciones 2021, Metas resultado y producto (según corresponda) (reporte SEGPLAN), Plan Anticorrupción de Atención al Ciudadano y Riesgos de Corrupción y Gestión, Planes de Mejoramiento Interno y Externo con el propósito de verificar avances y resultados, elementos de control y aspectos referentes al Sistema Integrado de Gestión de la UAESP.

1.2. Se utilizó instrumento de verificación que habitualmente se trabaja en Excel, que le permitiese al auditor evidenciar acciones y su estado, bajo metodología de planificación, gestión de riesgos vigentes en la UAESP.

1.3. Se planificó realizar reuniones mediante la herramienta virtual disponible en la Entidad (Microsoft Teams) 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 correctivas y de mejora (Plan de Mejoramiento); y acciones preventivas (Gestión de Riesgos).

1.4. Los resultados fueron comunicados directamente a los líderes de proceso y/o líderes de dependencia, se ilustró 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 redundará en una mejor prestación de servicios por parte de los procesos/dependencias. (Radicados UAESP No. SSFAP-20211100026613, SAL - 20211100026543, SAF - 20211100026473, OTIC - 20211100026323, OAP

1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL DESARROLLO DE LA AUDITORIA

- 20211100026993, SAPROV – 20211100026813, SDF - 20211100027003, SRBL - 20211100026403 y OACRI - 20211100026863).

1.5. 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. 20211100021453 de fecha 14/04/2021).

1.6. En virtud de la vigente guía del PAAC, los seguimientos a la Matriz de Riesgos de Corrupción y al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano fueron publicados en la página web de la Unidad de manera oportuna, no obstante, se presentó a todos los procesos y se consolidó en el ejercicio de auditoría.

1.7. Limitaciones de Auditoría. A continuación, se citan algunos aspectos que pudieron impactar el desarrollo de la presente auditoría:

- Auditoría bajo modalidad de trabajo en casa, limitando la perspectiva respecto a trabajos analíticos, sustantivos y de cumplimiento en visita en sitio. No obstante, se programaron reuniones en plataformas tecnológicas para hacer entrevistas con los líderes de procesos y gestores MIPG.
- Inoportuna entrega de información referente a los tiempos establecidos en el plan de auditoría respecto de los avances por parte de la SDF, lo que significó una limitación en análisis previo, replantear reuniones, o ampliar plazos con el objetivo de hacer la verificación basada en evidencias.
- Desconocimiento de la dinámica organizacional de la UAESP por parte de los auditados de la SDF, dado que se argumenta la reciente vinculación a la Entidad.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.1. CONFORMIDAD: PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL 2021

Dentro del proceso de planificación y ejecución que adelanta cada una de las dependencias de la Entidad, se evidencia en cada una de ellas la gestión desarrollada en los Planes de Acción Institucionales – PAI, los cuales obtienen para el primer trimestre de la vigencia 2021, un avance promedio del **16.02%**.

Este instrumento a nivel consolidado para la Unidad cuenta con un total de 53 actividades principales, que se desagregan por dependencias, así;

DEPENDENCIA	NÚMERO DE ACT. PRINCIPALES	% AVANCE PAI al 31 de marzo de 2021
Subdirección de Asuntos Legales (SAL)	2	19.3%
Subdirección Administrativa y Financiera (SAF)	8	14.0%
Subdirección de Recolección, Barrido y Limpieza (RBL)	5	10.4%
Subdirección de Aprovechamiento (SAPROV)	10	7.1%
Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público (SSFAP)	7	18.2%
Subdirección de Disposición Final (SDF)	5	8.4%
Oficina asesora de Comunicaciones y Relaciones Inter (OACRI)	2	25%
Oficina Asesora de Planeación (OAP)	4	16.9%
Oficina Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (OTIC)	8	13.3%
Oficina de Control Interno - (OCI)*	2	27.8
Total	53	16.02%

Fuente: Informes de Gestión por Dependencias al 31 de marzo de 2021 – OCI

*NOTA: Los resultados mostrados para la Oficina de Control Interno obedecen a un proceso de autoevaluación y se encuentran consolidados al mes de abril dada la periodicidad de registro y acumulación en forma bimestral.

Dados los resultados anteriores, se destaca el desarrollo y cumplimiento de estos instrumentos de planificación en la Oficina de Comunicación con un 25%, La Subdirección de Asuntos Legales con un 19.3% y la Subdirección de Servicios Funerarios con un 18.2%.

No obstante, al comparar contra un promedio esperado del 25% de cumplimiento para el primer trimestre de la vigencia en la entidad, sólo se obtiene un avance del 64.08%, lo que implica un nivel

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

bajo a pesar de las dificultades que la entidad padece por efectos de las restricciones generadas por efectos de la Pandemia por COVID 19.

Finalmente, se sugiere a las dependencias dentro del proceso de autoevaluación, fortalecer el proceso de documentación de la gestión adelantada, representándola en las actas de Comités Primarios, así como el aporte efectivo y oportuno de los soportes que den cuenta del avance reportado.

2.2. CONFORMIDAD: ACTUALIZACIÓN Y AVANCE DE LAS METAS PRODUCTO Y METAS PROYECTO DE INVERSIÓN: La Entidad actualizó y tiene definido 12 metas producto en 5 proyectos de Inversión, que contienen un total de 30 metas internas, las cuales aportan al Plan de Desarrollo del Distrito 2020-2024 - *"Un nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI"*.

El resultado al primer trimestre del año 2021 por proyecto de inversión y dependencia es el siguiente:

2.2.1: METAS ASOCIADAS A PROYECTOS DE INVERSIÓN CONFORMES:

Producto del ejercicio de seguimiento a las metas asociadas a cada uno de los proyectos de inversión (30 metas), se destaca el grado de conformidad del avance y cumplimiento para un total de 21 metas, así:

METAS PROYECTOS		OBSERVACIONES			
PROYECTO	METAS PROYECTOS DE INVERSIÓN 2020-2024	DEPENDENCIA RESPONSABLE	% AVANCE AL 31-03-2021 SEGPLAN	% AVANCE AL 31-03-2021 AUDITORIA	OBSERVACIONES x METAS DE PROYECTOS DE INVERSIÓN
7628	2-Aumentar en al menos un 25% la capacidad en la arquitectura tecnológica, subsanando las necesidades que coadyuven a fortalecer y mantener la misma.	OTIC	24%	24%	Se considera que esta meta en las condiciones establecidas tiene dificultad de ser medida para determinar un avance físico real. Como se basa en presupuesto entonces se concluye que se hace por servicio o contrato ejecutado.
7644	2- Fortalecer 100% la gestión para realizar proyectos de revitalización, modernización, regularización, desarrollo, ampliación, adecuación y/o restauración de los servicios funerarios en los cementerios	SSFAP	10%	10%	Se evidencia la celebración de prórroga y adición del contrato 723-2020 cuyo objeto es: "Adecuación de cuartos de residuos en los cementerios distritales norte, Serafín y sur de Bogotá D.C, adición que guarda relación con el cumplimiento de la meta, con un avance del 10%.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS					
7644	3-Mejorar 100% la interventoría y supervisión prestación del servicio funerario en los equipamientos del distrito	SSFAP	49%	49%	Se observan 2 informes de supervisión firmados y un borrador en proceso de revisión y firma para el periodo evaluado, así mismo se observa la celebración de 17 contratos de prestación de servicios lo que refleja un avance del 49% según avance Segplan.
7660	1-Otorgar 12.500 subvenciones o ayudas a la población vulnerable que cumplan los requisitos, para acceder a los servicios funerarios del Distrito	SSFAP	10,72%	20,55%	la SSFAP programó para la vigencia 2021 la entrega de 3336 subvenciones para la población vulnerable de Bogotá. Por registros se evidencia la entrega de 698 subvenciones, presentando un avance del 20,55% en el primer trimestre del 2021.
7652	1-Fortalecer 100 % el seguimiento y control de la prestación del servicio de Alumbrado Público en el Distrito Capital.	SSFAP	25,0%	25,0%	El avance se soporta en la gestión realizada en los informes mensuales de la supervisión a la interventoría té. Se observan 3 informes para la vigencia 2021, lo que refleja un avance del 25%, lo que es acorde con lo proyectado.
7652	2-Fortalecer 100% la planeación, la gestión y la evaluación de la prestación del servicio de Alumbrado Público en el Distrito Capital, para su modernización	SSFAP	46,0%	26,8%	Para la vigencia 2021 se programó la instalación de 23258 luminarias modernizadas y de acuerdo con la información suministrada renovaron 6224 luminarias, lo que refleja un avance del 26,76% de la meta programada para la vigencia.
7569	3-Garantizar el 100% de la contratación del personal para la actualización del PGIRS, mediante la entrega del documento de proyecto de Decreto y DTS	SRBL	0,0%	0,0%	Meta sin ejecución física y sin recursos durante 2021, de acuerdo con SEGPLAN. Se observa programación y recursos para las vigencias 2022 y 2023.
7569	6-Estructurar 2 modelos de aprovechamiento para la ciudad por flujo de orgánicos y plásticos entre otros.	SAPROV	50,0%	50,0%	Durante el primer trimestre de la vigencia 2021 se cuenta con la estructuración del modelo de aprovechamiento el cual contiene en su interior las líneas de orgánicos y plásticos. Este se encuentra publicado en la página web de la entidad, luego del proceso de ajustes y aprobación por parte de la Secretaría Distrital de Hábitat.
7569	21-Desarrollar 2 modelos de aprovechamiento para la ciudad por flujo de residuos enmarcados a la política pública del servicio de aseo, priorizando orgánicos y plásticos.	SAPROV	50,0%	50,0%	En el primer trimestre se desarrolló y formalizó el modelo de aprovechamiento de residuos. Se evidencian recursos por 10,915 millones y una ejecución o desarrollo de estos de 74 millones. Lo cual no es coherente con la ejecución física, lo anterior evidencia debilidades en el proceso de planificación de la meta.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS					
7569	8-Propender por el 100% de procesos de fortalecimiento personal, técnico, empresarial y social para la población recicladora en general en el marco de la prestación del servicio público de aprovechamiento.	SAPROV	25,0%	25,0%	De acuerdo con las acciones adelantadas por la SAPROV, es posible identificar que se adelantaron actividades relacionadas con la sensibilización en el área de influencia de las ECAS a cargo de la UAESP, recolección, verificación y seguimiento a los datos relacionados con el aprovechamiento, atención a la población recicladora de oficio y apoyo a las organizaciones de recicladores de oficio. Su gestión se e observa en la herramienta POWER BI
7569	9-Contribuir a la formalización del 100% de la población recicladora registradas en RUOR (y el fortalecimiento de las organizaciones de recicladores en el registro RUOR (Registro único de organizaciones de recicladores.	SAPROV	25,0%	25,0%	Es de resaltar la realización de 336 actividades con organizaciones (ver página 5 del reporte de Power BI publicado en la página web de la entidad. http://www.uaesp.gov.co/content/fortalecimiento-organizaciones-recicladores . Lo anterior, implica el desarrollo en los términos señalados por la SAPROV que aportan al desarrollo de la meta PI
7569	10-Realizar el 100% de Acompañamiento técnico, administrativo y social para fortalecer la operación y gestión de las ECA en cumplimiento de la normatividad y los procedimientos de gestión implementados.	SAPROV	25,0%	25,0%	Se evidencia el acompañamiento a las organizaciones que se encuentran ubicadas en las ECAS a través de sensibilizaciones en el área de influencia de estas. Se dispuso un orientador por organización para su respectivo acompañamiento técnico, administrativo y social para fortalecer la operación.
7569	11-Desarrollar el 100 % de proyectos de innovación y desarrollo en pos del fortalecimiento de las cadenas de valor	SAPROV	25,0%	25,0%	Se ha desarrollado el acompañamiento a las organizaciones interesadas en presentar proyectos de innovación mediante la figura de incentivos al aprovechamiento y el tratamiento. Lo anterior implica que la meta se viene cumpliendo conforme los proyectos y las gestiones realizadas.
7569	22-Desarrollar el 100% de programas de Formación para la población recicladora de oficio.	SRBL	25,0%	25,0%	Se destaca la actualización el plan de capacitación a las RUOR. Se evidencia la contratación de gestores sociales para desarrollar los procesos de capacitación. La meta se viene desarrollando conforme lo planteado.
7569	13-Contratar el 100% del talento humano multidisciplinario para apoyo a la supervisión de la prestación de las actividades concesionadas mediante ASE y gestión de hospitalarios	SRBL	25,0%	25,0%	La meta proyecto de inversión se mide con el indicador y con un consolidado que se lleva por cada uno de los servicios, el área presenta documentos basados en la meta producto más no en la meta proyecto. Según SEGPLAN se tiene ejecutado para el primer trimestre un equivalente al 25% de ejecución del 100% programado para el año.
7569	15-Garantizar el 100% de la interventoría para la gestión de residuos hospitalarios	SRBL	25,0%	25,0%	Se observa un nivel de cumplimiento para el trimestre del 25%, acompañado de una gestión presupuestal del 69,13% respecto de los valores apropiados para la misma.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS					
7569	16-Remunerar el 100% de la gestión integral de residuos sólidos no cubiertos en la tarifa del servicio público de aseo	SRBL	25,0%	25,0%	Se observa los procesos de adición a los contratos de concesión para la recolección y transporte de residuos en puntos críticos y sitios clandestinos. Se destaca la ejecución presupuestal del 42,89%.
7569	1-Separar y tratar el 10% de RPCC / Plantas de tratamiento y aprovechamiento energético.	SDF	25,0%	25,0%	La SDF reporta como evidencia base de datos consolidado-materiales RPCC de los meses enero a marzo 2021, que permiten dar cuenta de la gestión adelantada respecto del material separado en punto limpio.
7569	2-Hacer monitoreo, seguimiento y control del 90% de toneladas en la disposición de residuos sólidos ordinarios	SDF	25,0%	25,0%	La SDF desarrolla puntos de control de consolidados para materiales RPCC, así como el reporte y monitoreo de lixiviados sólo del mes de febrero de 2021. Se destaca la disposición de un total de 8547 Tn. en punto limpio, lo cual equivale al 45.5% de los RPCC
7569	18-Formular una (1) estrategia de cultura ciudadana "Reciclar es la salida" ("Bogotá verde", etc.) para la dignificación, separación en la fuente, orientada al cambio cultural y comportamental para la separación y el reciclaje.		25,0%	25,0%	Se desarrollo el lanzamiento de la estrategia de cultura ciudadana "La basura no es basura", Se observa la construcción de material pedagógico (ocho cuentos y una cartilla), Se continua con actividades en territorio "Asómate a la ventana y te contamos porque la Basura no es Basura". con una participación aproximada de 6496 ciudadanos. Esta estrategia ha sido llevada por más de 23 instancias locales en la ciudad de Bogotá
7569	19-Formular e implementar en el marco de una (1) estrategia de cultura ciudadana, las acciones pedagógicas por tipo de usuario orientados a generar conciencia y prácticas responsables del manejo de residuos.		25,0%	25,0%	Se evidencia en marco de las estrategias de cultura ciudadana el desarrollo de acciones pedagógicas en 23 instancias locales en la ciudad de Bogotá-.

Fuente: Instrumentos de evaluación OCI – Primer Trimestre 2021

Finalmente, se destaca el proceso de actualización que surtieron varias metas al interior de los proyectos de inversión así:

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS			
PROY. DE INVERSIÓN	META FINALIZADA	META ACTUALIZADA	OBSERVACIONES
	S (4) Realizar 2 documentos para planeación de los equipamientos y desarrollo de la infraestructura.		Meta finalizada – No continua según Acta de Reunión SSFAP 1 de febrero de 2021. Esta meta está relacionada con los documentos de actualización del PLAN MAESTRO para los cementerios y la elaboración del PRM (Plan de Regularización y Manejo) que ya se viene adelantando en lo que va del año 2021. No hubo ejercicio presupuestal durante la vigencia 2020 -2021.
7569 - 291	S(5) Desarrollar la consultoría de 2 estudios a nivel de ingeniería de detalle fase III	S20) Desarrollar 2 consultorías a nivel de factibilidad para el tratamiento y aprovechamiento de residuos.	Meta actualizada, por efectos de alcance de la meta propuesta.
7569 - 292	K(7) Desarrollar dos modelos de aprovechamiento para la ciudad por flujos de residuos	(k)21 Desarrollar 2 modelos de aprovechamiento para la ciudad por flujos de residuos enmarcados a la Política pública del servicio de aseo priorizando orgánicos y plásticos.	Meta actualizada, por efectos de alcance de la meta propuesta.
7569 - 292	K (12) Desarrollar el 100 por ciento de programas de formación para la población recicladora de oficina ubicadas en las ECAS	K(22) Desarrollar el 100% de programas de formación para la población recicladora de oficina.	Meta actualizada por efectos de alcance de la meta propuesta.

Fuente: Reporte SEGPLAN a 31-03-2021 – Versión 16-04-2021

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.3. CONFORMIDAD – PAAC: Respecto al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, PAAC, se realizó verificación y seguimiento a 59 actividades programadas, con un resultado en promedio del **35.16%** para los 6 componentes.

COMPONENTE	ACTIVIDADES POR SUBCOMPONENTE	ACCIONES PREVISTAS	AVANCE
Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción (Mapa de Riesgos)	5	5	58%
Componente 2: Racionalización de trámites	2	2	20%
Componente 3: Rendición de Cuentas	8	8	45%
Componente 4: Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano	14	15	33%
Componente 5: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información	11	11	45%
Componente 6: Iniciativas adicionales	19	19	10%
TOTAL	59	59	35.16% PROMEDIO

2.3.1. El componente Gestión de Riesgos de Corrupción, registra un avance del 58%, equivalente al seguimiento de 5 actividades. Se observan las actividades 2.1 cumplida al 100%, responsabilidad de Líderes y Gestores de Procesos, las actividades 1.1, 3.1 y 3.2 responsabilidad del proceso Direccionamiento estratégico presentan un avance del 50% y la actividad 4.1 presenta un avance del 33% responsabilidad de Evaluación y Mejora.

Componente 1. Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
Subcomponente 1 Política de Administración de Riesgos de Corrupción - Consulta y divulgación	1.1	Actualizar y socializar la política de gestión del riesgo en la entidad	50%	58%
Subcomponente 2 Revisión de los riesgos de Corrupción	2.1	Revisar, actualizar e identificar los riesgos de corrupción para la vigencia 2021	100%	
Subcomponente 3 Monitoreo o revisión	3.1	Actualizar y publicar el mapa de riesgos Institucionales 2021	50%	
	3.2	Reporte de monitoreo a las acciones establecidas para la mitigación de riesgos		

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
Subcomponente / proceso 4 Seguimiento	4.1	Realizar seguimiento cuatrimestral a las matrices de riesgos	33%	
<p>2.3.2. El componente Racionalización de Trámites, registra un avance del 12,5%, dado que las áreas de SAPROV y SSFAP informan que se ha venido adelantado el plan de trabajo propuesto en la Mesa Técnica Política de Racionalización de Trámites. Sin embargo, con corte al 30 de abril no se presentan avances concretos relacionados con la actividad de "Sistematizar el proceso interno de remisión y validación de la información registrada por los usuarios". Por lo tanto, la acción se encuentra en proceso.</p>				
Componente 2. Racionalización de Trámites				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
Racionalización de trámites	1.1.	Registro RURO	15%	12,5%
Racionalización de trámites	1.2.	Solicitud de subsidio funerario	10%	
<p>2.3.3. El componente Rendición de Cuentas, se observa un avance del 45% equivalente al seguimiento de 8 actividades, de las cuales las actividades 1.1, 1.2 y 1.3 tienen un avance del 100%, las actividades 2.1 y 2.2 responsabilidad de Alta Dirección y Equipo de Rendición de Cuentas presentan un avance del 71%, la actividad 3.1 presenta un avance del 0% responsabilidad de Direccionamiento estratégico, las actividades 4.1 y 4.2 responsabilidad del Equipo de Rendición de Cuentas presentan un avance del 8%. De las 8 actividades se cumplieron 4 con el 100%, las otras 4 se encuentran entre 0% y 42% respectivamente.</p>				
Componente 3. Rendición de Cuentas				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
Subcomponente 1 Información de calidad y en lenguaje comprensible	1.1	Realizar un análisis del estado del proceso de rendición de cuentas	100%	45%
	1.2	Identificar las necesidades de información para la rendición de cuentas	100%	
	1.3	Identificar los canales de rendición de cuentas	100%	

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
Subcomponente 2 Diálogo de doble vía con la ciudadanía y sus organizaciones	2.1	Realizar ejercicio de rendición de cuentas	100%	
	2.2	Acompañar la rendición de cuentas de los operadores que prestan los servicios que garantiza la UAESP	42%	
Subcomponente 3 Incentivos para motivar la cultura de la rendición y petición de cuentas	3.1	Atender los compromisos y acciones de mejora identificados en los espacios de rendición de cuentas.	0%	
Subcomponente 4 Evaluación y retroalimentación a la gestión institucional	4.1	Elaborar informes de resultados, logros y dificultades de los espacios de rendición de cuentas	15%	
	4.2	Socializar los resultados de rendición de cuentas con nuestros grupos de interés	0%	

2.3.4. El componente Atención al Ciudadano, presenta un avance del 33%, equivalente al seguimiento de 14 actividades, de las cuales 2 (1.3 y 5.1) responsabilidad de Atención al Ciudadano y Direccionamiento Estratégico respectivamente se cumplieron al 100%, las actividades de este Subcomponente 1, correspondiente a las actividades (1.1, 1.2, 1.3), llevan un avance del 50% responsabilidad del servicio al Ciudadano, Subcomponente 2 correspondiente a las actividades (2.1, 2.2., 2.3) llevan un avance de 18% responsabilidad de Gestión de Comunicaciones, Direccionamiento Estratégico y Servicio al Ciudadano, Subcomponente 3 correspondiente a las actividades 3.1, 3.2) llevan un avance del 25% responsabilidad de Servicio al Ciudadano y Talento Humano, Subcomponente 4 correspondiente a las actividades (4.1, 4.2) llevan un avance de 41,5% y Subcomponente 5 correspondiente a las actividades (5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5) llevan un avance del 28% responsabilidad de Direccionamiento Estratégico, Servicio al Ciudadano, y de las áreas misionales. De las 14 actividades se observa el cumplimiento de 2 con el 100%, 4 incumplidas con un avance entre 0%, y los 8 restantes con un porcentaje de 17% al 50% de avance.

Componente 4. Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
Subcomponente1 Estructura administrativa y Direccionamiento estratégico	1.1	Fortalecer la atención al ciudadano a través de los diferentes canales de atención	50%	33%
	1.2		0%	
	1.3	Adoptar la Política Pública Distrital del Servicio a la Ciudadanía en la UAESP	100%	
Subcomponente2 Fortalecimiento de los canales de atención	2.1	Realizar cuatro (4) seguimientos al cumplimiento de criterios diferenciales de accesibilidad en los canales de atención de la Unidad.	25%	

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
	2.2	Verificar la coherencia de la información reportada de los trámites en los diferentes portales de información de trámites a nivel nacional y distrital.	30%	
	2.3	Capacitar a los servidores en el uso de herramientas de inclusión	0%	
Subcomponente3 Talento humano	3.1	Realizar actividades de divulgación a los funcionarios y grupos de interés del proceso de Servicio al ciudadano.	25%	
	3.2	Fortalecer las competencias de los servidores públicos en la atención del servicio al ciudadano	25%	
Subcomponente4 Normativo y procedimental	4.1	Realizar campañas informativas sobre la responsabilidad de los servidores públicos frente a los derechos de los ciudadanos.	50%	
	4.2	Divulgar la carta de trato digno a los grupos de interés	33%	
Subcomponente5 Relacionamiento con el ciudadano	5.1	Revisar y actualizar la caracterización de los grupos de interés de la Unidad.	100%	
	5.2	Realizar la medición de satisfacción ciudadana para medir los criterios de calidad del servicio relacionados con las PQRS.	25%	
	5.3	Aplicar la encuesta de la percepción del servicio al ciudadano de los trámites y servicios de la entidad	17%	
	5.4	Identificar las necesidades de satisfacción de los usuarios con los trámites y servicios de la entidad	0%	
	5.5	Identificar las expectativas y experiencias de los servidores públicos frente al servicio al ciudadano	0%	

2.3.5. El componente Transparencia y Acceso a la Información, presenta un avance del 45%, equivalente al seguimiento de 11 actividades, de las cuales 2 (2.1,3.3) presentan un avance del 100% responsabilidad de Servicio al Ciudadano y OTIC, la actividad (1.1) no presenta avance 0% responsabilidad de Direccionamiento Estratégico, la actividad (2.2) presenta un avance del 80% responsabilidad de Gestión de Comunicaciones, las actividades (3.1, 3.2, 5.1) presentan un avance del 50% responsabilidad de OTIC, Direccionamiento Estratégico, Evaluación y mejora), las actividades (1.2, 3.4, 4.1, 5.2) presentan un avance entre 20% y 33%, responsabilidad de Todos los Procesos, SAL, Gestión de Comunicaciones, Direccionamiento Estratégico). De las 11 actividades se cumplieron 2 van con avance de 100%, 9 con un avance entre 0% y el 80%.

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
Componente 5. Mecanismos para la transparencia y acceso a la información				
SUBCOMPONENTE		ACTIVIDAD	AVANCE	PROMEDIO
Subcomponente 1 Transparencia activa	1.1	Publicar el protocolo para la publicación de los contenidos mínimos de información en el botón de Transparencia y Acceso a la Información Pública	0%	45%
	1.2	Mantener actualizado el micro sitio de transparencia de la Unidad con la información pública establecida en la Ley de Transparencia y Derecho de Acceso a la Información Pública.	30%	
Subcomponente 2 Transparencia pasiva	2.1	Elaborar y publicar tres (3) informes de seguimiento sobre solicitudes de información pública recibidas en la Unida (Resolución 3564 de 2015 - MinTIC)	100%	
	2.2	Identificar la necesidades de información que requiere conocer la ciudadanía frente a los servicios que garantiza la Unidad	80%	
Subcomponente 3 Instrumentos de gestión de la información	3.1	Revisar y actualizar el registro de activos de información e índice de información clasificada y reservada	50%	
	3.2	Mantener actualizado el Esquema de Publicación de Información de la UAESP	50%	
	3.3	Divulgar los datos abiertos de la UAESP	100%	
	3.4	Publicación de información sobre contratación pública	25%	
Subcomponente 4 Criterio diferencial de accesibilidad	4.1	Implementar los criterios de accesibilidad en la página web de la Unidad, establecidos por la Política de Gobierno Digital del Ministerio TIC.	20%	
Subcomponente 5 Monitoreo	5.1	Realizar dos (2) seguimientos a las acciones de mejora de los informes de estado de PQRS de las dependencias de la Unidad	50%	
	5.2	Realizar seguimiento al cumplimiento de la ley de transparencia	33%	

2.3.6. El componente Iniciativas Adicionales, presenta un avance del 10%, equivalente al seguimiento de 19 actividades, las actividades alistamiento (actividad 1), Diagnóstico (actividad 5)

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

presentan un avance del 100% responsabilidad de Grupo de formulación PAAC, Gestión de Talento Humano, la actividad (1.3) presenta un avance del 25% responsabilidad de Direccionamiento Estratégico, la actividad (1.4) presenta un avance del 33% responsabilidad de Servicio al ciudadano, las actividades (1.1, 1.2, 2.1, 2.2, alistamiento actividad (2, 3), armonización actividad (4), Implementación actividades (6-13), presentan un avance del 0% responsabilidad de Direccionamiento Estratégico, Gestores de Integridad, Gestión de Talento Humano. De las 19 actividades (2) actividades presentan un avance del 100%, (2) actividades presentan avance entre 25% y 33%, (15) actividades no tienen avance con un porcentaje de 0%.

Componente 6. Iniciativas Adicionales				
SUBCOMPONENTE	ACTIVIDAD		AVANCE	PROMEDIO
Subcomponente 1 Combatir la corrupción	1.1	Divulgar la Política para la identificación y de gestión de posibles conflictos de intereses de la UAESP.	0%	10%
	1.2	Formular e implementar la estrategia de conflictos de interés de la UAESP	0%	
	1.3	Divulgar la política antisoborno, antifraude y antipiratería de la Unidad	25%	
	1.4	Divulgar el canal de denuncia de hechos de corrupción y mecanismos de protección al denunciante de la UAESP	33%	
Subcomponente 2 Participación, responsabilidad y control social	2.1	Formular el plan de acción de participación ciudadana para la vigencia 2021	0%	
	2.2	Elaborar informes de seguimiento al plan de acción de participación ciudadana	0%	
Subcomponente 3 Plan de Integridad	Alistamiento	1. Formulación y Aprobación Plan de Gestión de Integridad 2021	100%	
		2. Curso de Integridad "Secretaría General Alcaldía Mayor de Bogotá" realizado por Gestores de Integridad	0%	
		3. Selección de Nuevo equipo de Gestores de Integridad	0%	

Informe de auditoría interna

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
	Armonización	4. Revisión del Código de Integridad y de ser necesario hacer ajuste al mismo	0%	
	Diagnóstico	5. Resultados de encuesta de integridad divulgados a los colaboradores y funcionarios mediante canales internos (línea base del 2020)	100%	
	Implementación	6. Desarrollo de una actividad trimestral para la visualización del equipo de gestores de integridad en la entidad	0%	
		7. . Desarrollo de mínimo una jornada semestral masiva de inducción - reinducción, en la que se incluya el tema de integridad (Incluir el tema de integridad y las políticas anticorrupción - conflicto de intereses; antisoborno -)	0%	
		8. Desarrollo de una actividad bimensual para el fortalecimiento de la campaña "Uaesp pasión por Bogotá" (Incluir reconocimiento semestral de compañeros que sean ejemplo de los valores en la entidad y tips sobre canales de denuncia)	0%	
		9. Generación de un espacio semestral de participación colectiva en el que se aborde el tema de integridad y se involucre a todos los funcionarios y colaboradores	0%	
		10. Desarrollo de la semana de la integridad UAESP (Formato participativo de todas las áreas en las que cada una promueva un valor de forma creativa)	0%	
		11, Proponer una metodología compartida para el desarrollo del tema de integridad en los Comités Primarios	0%	
		Seguimiento	12. Seguimiento al cumplimiento del plan de integridad	0%
	13. Aplicación de una encuesta virtual de integridad		0%	

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

2.4. 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 15 riesgos con 23 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	2	3
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	15	23

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	Alto
Gestión de las Comunicaciones	Alto	Alto
Gestión Integral de Residuos Sólidos	Extremo	Moderado
	Extremo	Alto
Servicios Funerarios	Extremo	Alto
Alumbrado Público	Extremo	Alto
Gestión de Asuntos Legales	Extremo	Alto
	Extremo	Alto
Servicio al Ciudadano	Extremo	Alto
Gestión Documental	Extremo	Alto
Gestión Financiera	Extremo	Alto

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Gestión de Apoyo Logístico	Extremo	Moderado
Gestión de Talento Humano	Extremo	Alto
Gestión de Tecnológica y de la Información	Extremo	Alto
Evaluación y Mejora	Extremo	Extremo

Se observa que 12 de los 13 procesos tienen riesgo Extremo antes del control y a su vez se observa que (2) procesos presentan después de controles es decir riesgo residual Moderado, y (11) procesos restantes presentan riesgo alto y extremo después de evaluar los controles, con base en el consolidado anterior es importante que se revise la matriz de riesgos de corrupción toda vez que el riesgo debe mejorar después de controles, y su calificación es fuerte en la mayoría de procesos tanto en su diseño como en su solidez.

2.5. CONFORMIDAD PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNO CONTRALORÍA DE BOGOTÁ D.C. Y CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPUBLICA:

Se observa un total de 160 acciones correctivas para los planes de mejoramiento externos, Contraloría de Bogotá D.C. – PMCB 141 acciones correctivas y Contraloría General de la República - PMCGR con 19 acciones correctivas.

Es de aclarar que en el anexo Plan de Mejoramiento Contraloría de Bogotá D.C. se consignaron los hallazgos identificados por el ente de control mediante Informe final de Auditoría de Regularidad No. 187 PAD 2021, los cuales no han sido evaluados como quiera que no hicieron parte del proceso de auditoría.

Para el PMCB se observan 43 acciones cerradas de acuerdo al informe final de Auditoría de Regularidad No. 187 PAD 2021, 20 para recomendación de cierre ante el ente de control 64 en proceso y 13 incumplidas las cuales se relacionan a continuación con número de hallazgo y proceso responsable.

Es de aclarar que la Contraloría de Bogotá D.C. presentó informe Final de Auditoría de Regularidad No. 187 PAD 2021, en el cual se formularon 23 hallazgos nuevos, los cuales deben ser cargados en el aplicativo SIVICOF a más tardar el 31 de mayo de 2021, con las acciones formuladas por la entidad y los procesos responsables

ACCIONES CORRECTIVAS PMCB y PMCGR			
ESTADO	PMCB	PMCGR	TOTAL
CERRADAS	43	6	49
RECOMENDACIÓN DE CIERRE	20	6	26
CUMPLIDA INEFICIENTE	1	0	1
EN PROCESO	64	0	64
INCUMPLIDAS	13	7	20
TOTAL	141	19	160

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

A continuación, se relacionan las acciones incumplidas de acuerdo a lo informado por la Contraloría de Bogotá D.C. en el informe final de la Auditoría de Regularidad No. 187 PAD 2021 (9) y las incumplidas por vencimiento de términos en el seguimiento realizado (4):

No.	VIGENCIA	CODIGO AUDITORIA	PAD	No. HALLAZGO	CODIGO ACCION	AREA RESPONSABLE	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	ESTADO ENTIDAD
1	2018	179	2019	3.1.1.1	1	OFICINA DE TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES	2018-07-24	22/07/2019	INCUMPLIDA
2	2019	171	2019	3.1.3.11	1	SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA-ARQUITECTO / SERVICIOS LOGÍSTICOS	2019-07-03	30/11/2019	INCUMPLIDA
3	2019	182	2019	3.2.3.2.1	1	SUBDIRECCIÓN DE APROVECHAMIENTO	1/01/2020	31/08/2020	INCUMPLIDA
4	2020	223	2020	3.1.3.1	1	Sundirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público – SSFAP	1/06/2020	31/12/2020	INCUMPLIDA
5	2020	223	2020		2	Sundirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público – SSFAP	1/06/2020	31/12/2020	INCUMPLIDA

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS									
6	2020	223	2020	3.3.1.1	1	Subdirección Administrativa y Financiera - SAF - Tesorería	1/07/2020	31/12/2020	INCUMPLIDA
7	2020	223	2020	3.3.1.2	1	Subdirección Administrativa y Financiera - SAF - Tesorería	1/07/2020	31/12/2020	INCUMPLIDA
8	2020	223	2020	3.3.1.3	1	Subdirección Administrativa y Financiera - SAF - Tesorería	1/07/2020	31/12/2020	INCUMPLIDA
9	2020	223	2020	3.3.1.4	1	Subdirección Administrativa y Financiera - SAF - Tesorería	1/07/2020	31/12/2020	INCUMPLIDA
10	2020	223	2020	3.3.1.9	1	Subdirección Administrativa y Financiera-Contabilidad	1/06/2020	31/12/2020	INCUMPLIDA
11	2020	223	2020	3.3.1.11	1	Subdirección Administrativa y Financiera-Contabilidad	1/06/20 20	30/03/2021	INCUMPLIDA
12	2020	223	2020	3.3.1.12	1	Subdirección Administrativa y Financiera-Contabilidad	1/06/2020	30/03/2021	INCUMPLIDA
13	2020	223	2020	3.3.2.2	1	Subdirección Administrativa y Financiera - SAF - Contabilidad	1/06/2020	30/03/2021	INCUMPLIDA

Para PMCGR, se observan 19 acciones correctivas de las cuales 6 se observan cerradas de acuerdo al informe final de Auditoría de Regularidad No. 187 PAD 2021, 6 están para recomendación de cierre ante el ente de control y 7 se observan incumplidas.

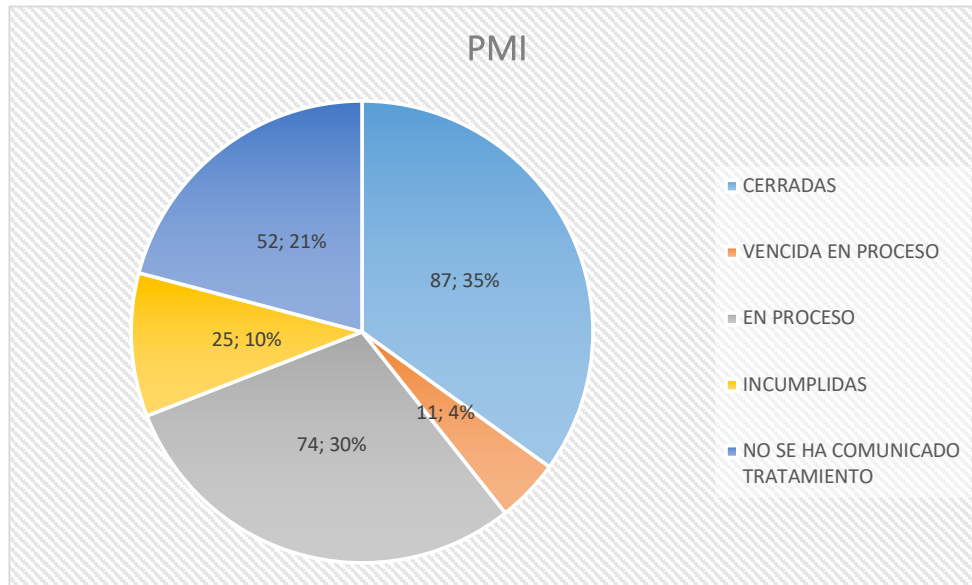
A continuación, se relacionan las acciones incumplidas para el Plan de Mejoramiento de la Contraloría General de la Republica:

Informe de auditoría interna

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS				
No. HALLAZGO	HALLAZGO	ACCION DE MEJORA	CALIFICACIÓN SEGÚN CONTRALORÍA DE BOGOTÁ D.C.	DEPENDENCIA RESPONSABLE
2	Existen deficiencias en la función de seguimiento por parte de la UAESP al servicio público de aseo, al permitir que se preste de manera inoportuna, superior a tres (3) horas de la misma, sin que se haya observado la aplicación de las medidas de contingencia previstas en el reglamento técnico operativo, lo cual incide en el cumplimiento de la calidad técnica y operativa del servicio	Evaluar e Implementar la estructura presentada por los concesionarios y PROCERASEO en el mes de noviembre de 2019 con el fin de cumplir el reglamento técnico operativo relacionado con la duración de las rutas de recolección.	INCUMPLIDA	SRBL
3	Estas inconsistencias operativas se presentan por debilidades en el seguimiento realizado por la UAESP a la información que resulta de la ejecución de la prestación del servicio de aseo en la Ciudad de Bogotá, toda vez que las mismas se presentan de manera reiterada en todas las ASE	Evaluar e Implementar la estructura presentada por los concesionarios y PROCERASEO en el mes de noviembre de 2019 con el fin de cumplir el reglamento técnico operativo relacionado con la duración de las rutas de recolección.	INCUMPLIDA	SRBL
4	Así, la UAESP no responde sobre lo observado por la CGR en razón a que se evidenció, para los cinco operadores, una deficiencia en la operatividad del diseño de las microrutas, respecto a la capacidad de los vehículos, que impacta en la infraestructura de la red vial de la Ciudad, sin que la UAESP implemente los correctivos pertinentes para los ajustes operativos a los que haya lugar	Remitir requerimientos a interventoría, solicitando seguimiento al peso de los vehículos conforme al Reglamento Operativo y, verificar en informes mensuales de las acciones de mejoramiento de los operadores frente a posibles excesos de peso de los vehículos	INCUMPLIDA	SRBL
5	Deficiente seguimiento por parte de la UAESP a los procesos de separación en la fuente y contenerización, conforme a sus funciones. No menos importantes, son las debilidades en los procesos de sensibilización y gestión social de la comunidad bogotana y de las asociaciones de recicladores o personas que se dedican a ese oficio.	Divulgación de piezas comunicativas relacionadas con separación en la fuente y adecuado uso de los contenedores	INCUMPLIDA	SRBL
9	Debilidades en la supervisión ejercida por parte de la UAESP frente al reiterado incumplimiento de las obligaciones contractuales estipuladas en el Contrato 344 de 2010 por parte del concesionario, poniendo en riesgo la adecuada prestación del servicio de aseo en Bogotá DC, específicamente con lo relacionado con la disposición final y tratamiento de lixiviados, dado su impacto ambiental.	Capacitar a supervisores e interventores sobre mecanismos jurídicos apropiados para el cumplimiento de sentencias judiciales y laudos arbitrales.	INCUMPLIDA	SDF

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS																		
9	Debilidades en la supervisión ejercida por parte de la UAESP frente al reiterado incumplimiento de las obligaciones contractuales estipuladas en el Contrato 344 de 2010 por parte del concesionario, poniendo en riesgo la adecuada prestación del servicio de aseo en Bogotá DC, específicamente con lo relacionado con la disposición final y tratamiento de lixiviados, dado su impacto ambiental.	Verificar la reforma de la demanda ejecutiva con radicado 1100133406520190032300 de la rama judicial, solicitada ante la Subdirección de Asuntos Legales mediante radicado 20193000077943, para que se incluya el contenido de las demás condenas establecidas en el laudo arbitral que se encuentran en mora de cumplimiento por parte del Concesionario CGR.	INCUMPIDA	SDF														
9	Debilidades en la supervisión ejercida por parte de la UAESP frente al reiterado incumplimiento de las obligaciones contractuales estipuladas en el Contrato 344 de 2010 por parte del concesionario, poniendo en riesgo la adecuada prestación del servicio de aseo en Bogotá DC, específicamente con lo relacionado con la disposición final y tratamiento de lixiviados, dado su impacto ambiental.	Suscripción de un plan de cumplimiento y/o inicio de las acciones judiciales y/o administrativas contra CGR con el fin de que éste cumpla sus obligaciones.	INCUMPLIDA	SDF														
<p>Se observa un avance promedio del 26,24% en la gestión de las acciones para los Planes de Mejoramiento.</p> <p>2.6. ACCIONES CORRECTIVAS Y DE MEJORA PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNO: A cierre del primer trimestre de la vigencia 2021 el plan de mejoramiento interno cuenta con 249 acciones, de las cuales 86 son correctivas y 117 son de mejora; se puede observar que en total 87 se encuentran cerradas es decir el 35% de acciones del plan ya fueron cumplidas, hay 25 incumplidas lo que representa 10% del plan, 74 están en proceso es decir el 30%, 11 están vencidas en proceso lo que representa el 4% y 52 acciones que no cuentan con tratamiento representando el 21% del plan.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ESTADO</th> <th>PMI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CERRADAS</td> <td>87</td> </tr> <tr> <td>VENCIDA EN PROCESO</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>EN PROCESO</td> <td>74</td> </tr> <tr> <td>INCUMPLIDAS</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>NO SE HA COMUNICADO TRATAMIENTO</td> <td>52</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>249</td> </tr> </tbody> </table>					ESTADO	PMI	CERRADAS	87	VENCIDA EN PROCESO	11	EN PROCESO	74	INCUMPLIDAS	25	NO SE HA COMUNICADO TRATAMIENTO	52	TOTAL	249
ESTADO	PMI																	
CERRADAS	87																	
VENCIDA EN PROCESO	11																	
EN PROCESO	74																	
INCUMPLIDAS	25																	
NO SE HA COMUNICADO TRATAMIENTO	52																	
TOTAL	249																	

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS



Como se puede observar actualmente el plan de mejoramiento interno cuenta con 52 acciones sin comunicado de tratamiento, de dichas acciones 11 corresponden a No conformidades, situación que genera alerta teniendo en cuenta lo establecido en los procedimientos PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9 y PC-04 Auditorías Internas V12, a continuación, se relacionan las áreas que no han formulado:

PROCESO Y FECHA	No Conformidad
8/04/2020	1
Gestión Financiera	1
19/01/2021	1
Oficina Asesora de Planeación (OAP), Subdirección de Recolección Barrido y Limpieza (SRBL)	1
29/01/2021	1
Subdirección de Disposición Final	1
31/01/2021	6
Gestión Financiera	6
10/02/2021	1
Dirección General	1
9/04/2021	1
Subdirección de Asuntos Légaes - contratación	1

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Total general	11
----------------------	-----------

Así mismo se puede observar que actualmente hay 36 acciones incumplidas y vencidas en proceso así:

PROCESO	Incumplida	Vencida en Proceso
Direccionamiento Estratégico	3	0
Direccionamiento Estratégico - Servicios Funerarios - Alumbrado Público	1	0
Direccionamiento Estratégico - AREAS MISIONALES	3	0
Direccionamiento Estratégico - Gestión Financiera	1	0
Direccionamiento Estratégico -Gestión Financiera – Aprovechamiento	0	1
Gestión de Talento Humano	1	2
Gestión Financiera	1	0
Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	3	4
Gestión Financiera - Gestión Documental	0	1
Gestión Financiera - Gestión Tecnológica y de la Información	2	0
Gestión Tecnológica y de la Información	8	1
SAF - Secretaria Ejecutiva	0	1
Subdirección Administrativa y Financiera - Contabilidad.	2	0
Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Publico	0	1
Total general	25	11

De las anteriores, hay 1 acción de 2014, 1 de 2016, 2 de 2017, 2 de 2018, 17 de 2019, 7 de 2020 y 2 de la actual vigencia, situación que genera alerta teniendo en cuenta que se está incumpliendo lo establecido en los procedimientos internos PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9 y PC-04 Auditorías Internas V12 y la resolución 631 de 2018 “*por medio de la cual se adopta el estatuto de auditoría interna y el Código de Ética de la Auditoría Interna en la UAESP*”, por lo tanto, es importante que las áreas adopten medidas inmediatas que permitan dar cumplimiento a las actividades propuestas.

A continuación, se relacionan las acciones incumplidas, desagregado por tipo de acción y área:

Tipo de acción- Área	Incumplida
Acción Correctiva	9
Direccionamiento Estratégico	1
Direccionamiento Estratégico - AREAS MISIONALES	1
Gestión Financiera	1
Gestión Financiera - Gestión de Talento Humano	3
Gestión Tecnológica y de la Información	1

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Subdirección Administrativa y Financiera - Contabilidad.	2
Acción de Mejora	16
Direccionamiento Estratégico	2
Direccionamiento Estratégico - Servicios Funerarios - Alumbrado Público	1
Direccionamiento Estratégico - AREAS MISIONALES	2
Direccionamiento Estratégico - Gestión Financiera	1
Gestión de Talento Humano	1
Gestión Financiera - Gestión Tecnológica y de la Información	2
Gestión Tecnológica y de la Información	7
Total general	25

Se observa que, de las 25 acciones incumplidas, 16 corresponden a acciones de mejora y 9 acciones correctivas.

2.7. ACCIONES PLAN DE MEJORAMIENTO VEEDURÍA: A cierre del primer trimestre de la vigencia 2021, se observa que el Plan de Mejoramiento de la Veeduría cuenta con catorce acciones de las cuales 2 ya están cerradas y 12 en proceso, es de señalar que estas últimas corresponden a la auditoría efectuada en diciembre de 2020 por lo tanto se encuentran en tiempos oportunos para su ejecución:

ESTADO	PM
RECOMENDACIÓN CIERRE	2
EN PROCESO	12
TOTAL	14

2.8 RIESGOS DE GESTION. CONFORMIDAD: ACTUALIZACION RIESGOS DE GESTION INSTITUCIONAL: En el seguimiento realizado por la OCI a los Mapas de Riesgos de Gestión con corte al 30 de abril del 2021, se identificaron (19) riesgos y (59) controles a nivel institucional. La tabla a continuación detalla por dependencia los riesgos, controles establecidos y la solidez de los controles de acuerdo con el análisis realizado de la efectividad de estos, en el primer cuatrimestre del 2021:

PROCESO	N° RIESGOS	N° CONTROLES	SOLIDEZ CONTROLES
GESTION DE COMUNICACIONES	1	4	100%
DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	1	6	100%
GESTION TECNOLOGICA	2	7	39,3%
SUBDIRECCION ADM Y FINANCIERA	8	24	91%
SUBDIRECCION DE ASUNTOS LEGALES	2	7	100%

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

SUBDIRECCION DE APROVECHAMIENTO	1	1	100%
SUBDIRECCION DE DISPOSICION FINAL	1	4	12,5%
SUBDIRECCION DE RECOLECCION BARRIDO Y LIMPIEZA	1	4	93,8%
SUBDIRECCION DE SERVICIOS FUNERARIOS Y ALUMBRADO PUBLICO	2	2	75%

Como se puede observar en la anterior tabla, cuatro procesos tienen una efectividad del 100% en la solidez de los controles, dos procesos sobre el 90%, un proceso 75%.

Dentro de los seguimientos efectuados a cada proceso, se observó que algunos controles identificados para mitigar los riesgos de gestión presentan baja solidez, en especial los procesos de la SDF y TIC.

2.9 RECURSOS CONTRACTUALES Y PRESUPUESTALES:

2.9.1 VERIFICACIÓN OBJETOS CONTRACTUALES PREVISTOS PARA LA VIGENCIA

El análisis contractual del primer trimestre de 2021 fue efectuado comparando el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) del SECOP al 31/03/2021 contra la información de los contratos suscritos la cual nos fue suministrada por la Subdirección de Asuntos Legales con corte al 14/04/2021, evidenciando un avance general del 42,6% frente a lo programado, así:

PROCESO	PROGRAMADO PAA 2021	PROCESOS EJECUTADOS al 31/03/2021	AVANCE CONTRACTUAL
Subdirección de Aprovechamiento	162	62	38,3%
Subdirección Administrativa y Financiera	101	24	23,8%
Subdirección de Disposición Final	90	35	38,9%
Subdirección de Recolección Barrido y Limpieza	78	41	52,6%
Subdirección de Servicios Funerarios y Alumbrado Público	72	35	48,6%
Subdirección de Asuntos Legales	55	32	58,2%
Oficina de Tecnologías de la Información	39	16	41,0%
Oficina Asesora de Comunicaciones	18	16	88,9%
Oficina Asesora de Planeación	17	8	47,1%
TOTAL	632	269	42,6%

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS

Determinamos algunos rezagos frente a lo planeado durante el primer trimestre, por lo que recomendamos efectuar seguimiento a las diferencias, determinar causas y tomar las acciones necesarias para cumplir con lo programado durante la vigencia 2021.

2.9.2 RESERVAS PRESUPUESTALES:

Al cierre de la vigencia 2020 fueron constituidas reservas por valor de \$45.029 millones de las cuales durante el primer trimestre del 2021: fueron giradas \$13.124 millones (29%) y anuladas \$456 millones (1%). El saldo por pagar al cierre de marzo fue de \$31.449 millones, distribuido así:

Dependencias	Valor Reserva Constituida	Anulaciones	Giros	Saldo Reserva (pesos)	% particip.
Subdirección de Recolección, Barrido y Limpieza	15.044.943.756	0	2.911.236.880	12.133.706.876	39%
Subdirección de Disposición Final	10.135.701.040	0	2.061.021.584	8.074.679.456	26%
Subdirección Administrativa y financiera	5.643.280.129	0	2.497.344.878	3.145.935.251	10%
Subdirección de Servicios funerarios / alumbrado	5.458.214.906	0	2.610.095.144	2.848.119.762	9%
Subdirección de Aprovechamiento	4.436.087.279	455.905.444	1.398.454.269	2.581.727.566	8%
Subdirección de Asuntos Legales	1.677.487.801	0	578.568.510	1.098.919.291	3%
Oficina de Tecnologías de la Información	1.626.149.739	0	780.668.635	845.481.104	3%
Oficina Asesora de Comunicaciones	779.787.974	0	133.824.361	645.963.613	2%
Oficina Asesora de Planeación	189.354.635	0	120.511.143	68.843.492	0%
Oficina Control interno	38.133.332	0	32.283.332	5.850.000	0%
Total	45.029.140.591	455.905.444	13.124.008.736	31.449.226.411	100%

Las dependencias nos informaron que están trabajando para disminuir los saldos existentes.

2.10 PASIVOS EXIGIBLES:

El saldo de los pasivos exigibles al 31 de marzo del 2021 fue de \$20.082 millones, de los cuales:

- El 88% fenecieron en los años 2019 y 2020.
- El 76,6% están a cargo de la Subdirección de Barrido y Limpieza, así:

Dependencia	Saldo Actual	% particip. (pesos)
-------------	--------------	---------------------

2. CONFORMIDADES Y FORTALEZAS		
Subdirección Recolección, Barrido y Limpieza	15.387.905.305	76,6%
Subdirección de Servicios funerarios y alumbrado público	1.771.303.764	8,8%
Subdirección de Asuntos legales	722.531.527	3,6%
Subdirección de Aprovechamiento	666.497.719	3,3%
Subdirección de Disposición Final	607.668.835	3,0%
Subdirección Administrativa y Financiera	365.075.191	1,8%
Por determinar área responsable ***	156.389.417	0,8%
Oficina de Tecnologías de la Información	108.862.787	0,5%
Oficina Asesora de Comunicaciones	107.334.068	0,5%
Dirección General	98.611.358	0,5%
Oficina Asesora de Planeación	89.545.746	0,4%
Total general	20.081.725.717	100,0%

3. OBSERVACIONES
<p>3.1. PLAN DE MEJORAMIENTO EXTERNO (CONTRALORIA DE BOGOTÁ D.C. y CONTRALORÍA GENERAL DE LA RESPUBLICA: Se observó debilidades en la presentación de evidencias y autoevaluación a las acciones, indicadores y metas para las acciones correctivas del Plan de Mejoramiento de la Contraloría de Bogotá D.C., por parte de la Subdirección de Disposición Final, incumpliendo con lo establecido en los numerales 10 Mejora y 10.2 No conformidad y acción correctiva de la Norma ISO 9001:2015.</p>
<p>3.2. PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO – PAAC:</p>
<p>3.2.1. ACTIVIDADES CON 0% DE AVANCE – INCUMPLIDAS: Se observa seguimiento a las actividades de los componentes del PAAC, se evidencian observaciones a lugar, como son: en el componente 5. “Mecanismos para la transparencia y acceso a la información” se observa que las actividades 1.1. y 2.2. debieron terminar el 30/04/2021, y se evidencia que de la actividad 1.1. no hay avance, responsabilidad de Direccionamiento Estratégico, y en cuanto a la actividad 2.2 se observa un avance de 80%, responsabilidad de Gestión de Comunicaciones. Por lo anterior se hace necesario cumplir con las actividades programas dentro de las fechas y términos establecidos.</p>

3. OBSERVACIONES

Se observa adicionalmente que para el componente 6. “Iniciativas Adicionales” en el tema de Alistamiento, Armonización, correspondiente a las actividades 3 y 4, responsabilidad de talento Humano y Gestores de Integridad, no presentan avance en sus actividades teniendo en cuenta que estas actividades debieron terminar en marzo 31 y abril 30 de 2021 respectivamente, y al cierre de esta evaluación del primer cuatrimestre su porcentaje de avance es de 0%.

Se evidencia 3 actividades en 0% y 1 actividad con el 80% de avance, en conclusión, todas incumplidas para la fecha de terminación de actividades respectivamente.

3.2.2. COMPONENTE 2. RACIONALIZACION DE TRAMITES: Es importante tener en cuenta que, al cierre de la Evaluación por Dependencias del primer cuatrimestre, la OCI no pudo hacer el seguimiento a la estrategia de la racionalización de trámites en el SUIT, toda vez que los trámites a racionalizar para la presente vigencia no se encontraron cargados en la plataforma.

3.2.3. COMPONENTE 1 y 5 ACTIVIDADES 3.1 Y 2.1: En el Componente 1. “**Gestión del Riesgo de Corrupción -Mapa de Riesgos de Corrupción**”, la actividad 3.1 se encuentra al 100% cumplida.

Sin embargo, no se observa en el PAAC la actualización e incorporación de las directrices de nueva guía de riesgos del DAFP, por lo tanto, es importante tener en cuenta la observación que hace la OCI en el mismo PAAC así: “Actualizar el procedimiento y política de riesgos con base en la última versión de la metodología del DAFP, en virtud del deber descrito en el artículo 2.2.21.5.5 del Decreto 1083 de 2015” y alinear los documentos en virtud de la nueva guía.

En el Componente 5. “**Mecanismos para la transparencia y acceso a la información**”, actividad 2.1 hace referencia a: Elaborar y publicar tres (3) informes de seguimiento sobre solicitudes de información pública recibidas en la Unidad (Resolución 3564 de 2015 - MinTIC).

Por lo anterior se observa que se está trabajando sobre una resolución que se encuentra derogada, es decir el Plan no se encuentra alineado a normas vigentes, es así que se debe tener en cuenta para este PAAC ajustar con la Resolución MinTIC 1519 de 24 de agosto de 2020, por la cual “**se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos**” toda vez que según esta resolución para el 31 de marzo de 2021 debió quedar implementados los lineamientos y directrices determinados en los artículos 4, 5, 6 y 7, que a su vez hacen referencia a los Anexos 2, 3, 4 de la mencionada Resolución.

No obstante, se iniciará una auditoría Interna al Portal Web de la UAESP conforme a la política de Gobierno Digital Vigente e Índice de Gobierno Abierto.

3.3. GESTIÓN PRESUPUESTAL Y CONTRACTUAL:

3. OBSERVACIONES

En los pasivos exigibles existe un valor de \$649 millones (3,2%) los cuales indican que no se ha determinado el área responsable de su gestión y cuyo saldo feneció en los años 2006 y 2007, así:

(pesos)

Año acta de fenecimiento	Detalle beneficiario	Nit	Saldo neto
2007	Unión temporal Polanco Bernal arquitectos Ltda. - arquitecturas instalaciones con asesoría técnica Ltda.	900110401	60.000.000
2007	Universidad Nacional De Colombia ***	899999063	54.545.702
2007	Secretaria General ***	899999061	28.599.000
2007	Lina María Enríquez Caicedo	52883616	3.640.000
2007	Yesid Jiménez Quimbaya ***	19142522	3.500.000
2006	Wilson Orlando López Cortes ***	7316784	2.793.104
2006	CONSORCIO R.S. ***	830074455	1.743.384
2007	consorcio 20 de julio 2003 ***	830126700	1.235.100
2007	Curaduría urbana no. 1	19301852	298.326
2007	FUNDES COLOMBIA	800049008	34.801
Total			156.389.417

(*** = no tienen información del número de la disponibilidad ni del número de registro presupuestal).

3.4. METAS PROYECTOS DE INVERSIÓN:

3.4.1. OBSERVACIÓN: Producto del ejercicio de evaluación y seguimiento que desarrolló la Oficina de Control Interno, es posible evidenciar un total de nueve (9) metas asociadas a los proyectos de inversión, con deficiencias en los procesos de evidencias o la falta de gestión para el primer trimestre de 2021, así:

METAS PROYECTOS		OBSERVACIONES			
PROYECTO	METAS PROYECTOS DE INVERSION 2020-2024	DEPENDENCIA RESPONSABLE	% AVANCE AL 31-03-2021 SEGPLAN	% AVANCE AL 31-03-2021 AUDITORIA	OBSERVACIONES x METAS DE PROYECTOS DE INVERSIÓN

3. OBSERVACIONES					
7628	1- Ejecutar 1(Un) estudio de cargas y reforzamiento estructurales si así fuere, subsanando las necesidades que contribuyan a fortalecer y mantener la infraestructura física.	SAF	0,0%	5,0%	Conforme informes mensuales del contrato de consultoría No. 740-2020, se relacionan las actividades ejecutadas hasta la fecha y el estado de avance de acuerdo con lo programado. La meta proyecto de inversión tiene un presupuesto programado para la vigencia actual por valor de \$256 millones, de los cuales al 30 de abril del 2021 no se evidencia ejecución alguna.
7628	3- Establecer e implementar 1(Un) patrón de procesos y actividades que aumenten el fortalecimiento organizacional de la unidad.	SAF- OCI- OAP- OACRI	30%	0%	Al verificar el comportamiento y descripción de la meta (K)3 del proyecto de inversión 7628 - "Fortalecimiento efectivo en la gestión de entidades del sector Hábitat fortalecidos", no se evidencia un conjunto o la variable que permita identificar la magnitud o el avance físico logrado con la ejecución presupuestal. Lo anterior, ante una posible debilidad en el proceso de conformación del patrón de procesos formulado para la meta 3 del proyecto 7628, al no identificar un ejercicio coherente entre avance físico y presupuestal
7644	1-Ampliación del 50% de la capacidad instalada de bóvedas, osarios y cenizarios en los cementerios distritales.	SSFAP	0%	0%	Para el año 2021 se tiene programado la construcción de dos nuevos mausoleos en el cementerio parque Serafín, para el primer trimestre de la vigencia 2021 no se presentó avance de la obra.
7660	2-Desarrollo de 4 campañas para incentivar un cambio cultural orientado al uso de la cremación como servicio de destino final. (SSFAP	0,0%	0,0%	Esta meta no tiene asignados recursos, solo magnitud. Para la vigencia 2021, se tiene planeado hacer (1) una campaña para incentivar el uso de la cremación. No presenta avance para el primer trimestre del 2021.
7569	4-Implementar los 13 programas del PGIRS	SRBL	1,38%	1,38%	La SRBL informa que esta meta proyecto de inversión se mide con base en el cronograma que tiene estipulado para ello, e igualmente con la actividad del PAI donde SRBL está desarrollando 8 programas de los cuales para este trimestre se han realizado actividades de cuatro programas y los 4 restantes están para realizar en el primer semestre de los cuales sólo se evidencia capacitaciones y conformación de grupos de trabajo.
7569	20-Desarrollar 2 consultorías a nivel de factibilidad para el tratamiento y aprovechamiento de residuos (META NUEVA CON RECURSOS QUE SE TRASLADARON DE LA META 1)	SRBL	0,00%	0,00%	El proceso informa que actualmente ya se están llevando a cabo las dos consultorías, las cuales están en el proceso de análisis de alternativas, para tal efecto adjuntan acta de inicio de los dos contratos así como evidencia de las reuniones sostenidas con las Consultorías.

3. OBSERVACIONES					
7569	14-Ejecutar el 100% de los recursos destinados a obligaciones de hacer para el mejoramiento del estándar de calidad y continuidad del servicio público de aseo.	SRBL	0,0%	0,0%	La SDF no reporta avance para este trimestre. Llama la atención por cuanto de los 35.717 millones que tiene apropiados no se evidencia avance ni en magnitud ni presupuestalmente.
7569	17- Realizar Saneamiento predial a través de 1 modelo adecuado de servicios públicos e infraestructura	SDF	0,0%	0,0%	La SDF informa que esta meta no es consecuente con lo que se está solicitando de un saneamiento predial, toda vez que no tiene que ver con la titularidad de los predios de la UAESP, por tal razón informan que es un tema de conocimiento del subdirector y está en revisión.
7569	23-Ejecutar el 100% de los recursos destinados a la implementación de un modelo eficiente y sostenible de gestión de residuos.		0,0%	0,0%	: La SDF no reporta avance para este trimestre.

Fuente: Instrumentos de evaluación OCI – Primer Trimestre 2021

3.4.2. OBSERVACIÓN: Al verificar el comportamiento y descripción de la meta (K)3 del proyecto de inversión 7628 - "*Fortalecimiento efectivo en la gestión de entidades del sector Hábitat fortalecidos*", no se evidencia un conjunto o la(s) variable(s) que permita(n) identificar la magnitud o el avance físico logrado con la ejecución presupuestal. Lo anterior, ante una posible debilidad en el proceso de conformación del patrón de procesos formulado para la meta 3 del proyecto 7628, al no identificar un ejercicio coherente entre avance físico y presupuestal.

3.5. RIESGOS DE GESTIÓN - MRG: Dentro de los seguimientos efectuados en el primer cuatrimestre de la vigencia, a cada proceso, se observó que algunos controles identificados para mitigar los riesgos de gestión presentan baja solidez, en especial los procesos de la SDF y TIC.

3.6. RIESGOS DE CORRUPCIÓN - MRC: Se observa que no hay materialización de riesgos de corrupción, en los procesos de SAF y OTIC se deben tener en cuenta recomendaciones a lugar, para SAF indica que a los riesgos de corrupción debe efectuarse un seguimiento mensual con el objeto de evitar a toda costa su materialización y para OTIC se observan debilidades al seguimiento de la acción de control e indicador definidas, documentación y gestión de este (primera línea de defensa) es necesario tener en cuenta las recomendaciones para evitar que el riesgo se materialice. Para la mayoría de procesos se debe revisar el cálculo de riesgo inherente y riesgo residual, puesto que se observa un riesgo residual en su mayoría alto.

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS		
No.	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	REQUISITO QUE INCUMPLE
4.1.	<p>PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNO: Se observan 13 acciones correctivas incumplidas en el Plan de Mejoramiento de la Contraloría de Bogotá D. C. 9 informadas por el ente de control mediante informe final de auditoría de regularidad No. 187 PAD 2021 y 4 incumplidas por términos según el seguimiento realizado, las áreas responsables de los incumplimientos son la OTIC, la SAF, la SSFAP y la SAPROV. Así mismo se observan 7 acciones correctivas incumplidas en el Plan de Mejoramiento de la Contraloría General de la Republica, informadas por el ente de control mediante informe final de auditoría de regularidad No. 187 PAD 2021, las áreas responsables de los incumplimientos son la SRBL y la SDF. Lo anterior incumpliendo con lo establecido en los numerales 10 Mejora y 10.2 No conformidad y acción correctiva de la Norma ISO 9001:2015. Lo anterior podría llevar a sanciones administrativas, disciplinarias y penales por el incumplimiento de las acciones.</p>	<p>Norma ISO 9001:2015, Numeral 10 Mejora y 10.2 No conformidad y acción correctiva.</p>
4.2.	<p>PLAN DE MEJORAMIENTO INTERNO: Cuenta con 52 acciones sin comunicado de tratamiento, de dichas acciones 11 corresponden a No conformidades, situación que genera alerta teniendo en cuenta lo establecido en los procedimientos PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9 y PC-04 Auditorías Internas V12</p> <p>De igual manera actualmente hay 36 acciones incumplidas y vencidas en proceso, así :1 acción de 2014, 1 de 2016, 2 de 2017, 2 de 2018, 17 de 2019, 7 de 2020 y 2 de la actual vigencia, situación que genera alerta teniendo en cuenta que se está incumpliendo lo establecido en los procedimientos internos PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9 y PC-04 Auditorías Internas V12 y la resolución 631 de 2018 <i>“por medio de la cual se adopta el estatuto de auditoría interna y el Código de Ética de la Auditoría Interna en la UAESP”</i></p>	<p>Procedimientos PC-03 PM Acorrectivas preventivas y de mejora V9 y PC-04 Auditorías Internas V12</p> <p>Resolución 631 de 2018 <i>“por medio de la cual se adopta el estatuto de auditoría interna y el Código de Ética de la Auditoría Interna en la UAESP”</i></p>

4. SOLICITUD DE CORRECCIÓN Y ACCIONES CORRECTIVAS

	<p>de <i>Ética de la Auditoría Interna en la UAESP</i>”, por lo tanto, es importante que las áreas adopten medidas inmediatas que permitan dar cumplimiento a las actividades propuestas.</p>	<p>Norma ISO 9001:2015, Numeral 10 Mejora y 10.2 No conformidad y acción correctiva.</p>
--	---	--

5. CONCLUSIONES

- 5.1. La gestión de la Entidad se estima en un 42.9% con corte al 30 de abril de 2021, basado en los porcentajes de cada uno de los procesos producto del seguimiento. Dado el promedio de los resultados de la gestión institucional evaluada en las dependencias/procesos indicados en el presente documento. Resaltamos que en este promedio no está incluido el Proceso de Evaluación y Mejora a cargo de la Oficina de Control Interno.
- 5.2. Resultado de la evaluación de los Planes de Acción Institucionales - PAI por dependencias, de un total de 53 actividades principales; se evidencia un avance promedio del 16.02% con corte al primer trimestre de 2021. Lo anterior implica un bajo nivel al comparar contra un promedio esperado del 25% de cumplimiento para el primer trimestre de la vigencia en la entidad.
- 5.3. Conforme la programación de las metas asociadas al interior de los proyectos de inversión de la 5.3. UAESP, es evidente que 21 metas (70%), presentan conformidad frente a la gestión y avance de cumplimiento. No obstante, 9 metas (30%) evidencian debilidades en el cumplimiento de estas por falta de gestión e inoportunidad o falta de los soportes necesarios para determinar el avance.
- 5.4. Se observa seguimiento a las actividades de los componentes del PAAC y al Mapa de riesgos de Corrupción con corte al 31/04/2021, dando cumplimiento a lo establecido en el Artículo 76 de la Ley 1474 de 2011. No obstante, se observaron actividades con 0% de avance. A su vez se recomienda revisar las matrices de riesgos de corrupción en la mayoría de procesos, por cuanto el riesgo residual se refleja en alto después de controles.
- 5.5. Para el primer cuatrimestre del 2021, se observa en general la documentación de controles para los riesgos de gestión y el seguimiento de las acciones por parte de los procesos, para prevenir la materialización de los riesgos.

5. CONCLUSIONES

- 5.6. Se observa seguimiento a los Planes de mejoramiento externo Contraloría de Bogotá D.C. y Contraloría General de la Republica. No obstante, se observa el incumplimiento para el cierre de acciones correctivas, debido a que no se presentan las evidencias necesarias para recomendar cierre por los procesos.
- 5.7. Se evidencia gestión de las acciones del plan de mejoramiento interno teniendo en cuanto que el 21% de las acciones ya se encuentran en cierre; sin embargo, el número de acciones incumplidas, vencidas en proceso y sin comunicación de tratamiento, representa una mayor proporción (34%), evidenciando de esta manera debilidades de planeación y cumplimiento de plazos para ejecución de actividades.
- 5.8. Se resalta la adecuada gestión del Plan de Mejoramiento de la Veeduría toda vez que no hay acciones incumplidas, ni vencidas en proceso.
- 5.9. De las reservas constituidas al cierre del 2020 por valor de \$45.029 millones, durante el primer trimestre del 2021 fueron giradas \$13.124 millones (29%) y anuladas \$456 millones (1%).
- 5.10. Evidenciamos un avance general en la contratación del 42,6% frente a lo programado en el Plan Anual de Adquisiciones (PAA) del SECOP al 31/03/2021.
- 5.11. El saldo de los pasivos exigibles al 31 de marzo del 2021 fue de \$20.082 millones, de los cuales el 76,6% están a cargo de la Subdirección de Recolección, Barrido y Limpieza y el 88% fenecieron en los años 2019 y 2020.


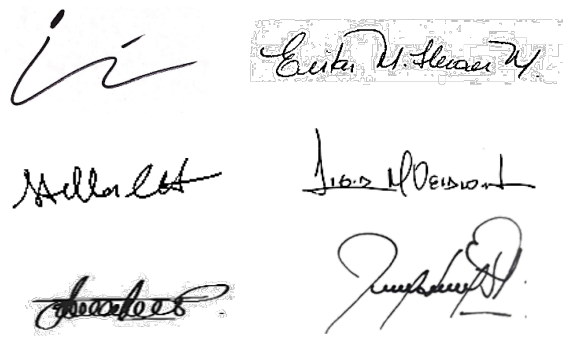
6. RECOMENDACIONES

- 6.1. Realizar seguimientos en tiempo y oportunidad a las acciones, indicadores y metas de las actividades establecidas y formuladas por los procesos en el PAAC para la vigencia 2021.
- 6.2. Realizar el seguimiento correspondiente en tiempo y oportunidad presentando evidencias que soporten el cierre de las acciones correctivas tanto para los planes de mejoramiento interno y externo para evitar sanciones por los entes de control, activándolos por medio de los comités primarios.

6. RECOMENDACIONES

- 6.3. Implementar un programa de sensibilización, para concientizar el sentido de compromiso sobre la administración de los riesgos de Gestión, para que todos los funcionarios interioricen que la gestión del riesgo es responsabilidad de cada uno, como primera línea de defensa.
- 6.4. Armonizar el Plan Anual de Adquisiciones (PAA), dentro del control de la ejecución presupuestal, realizando monitoreo permanente, teniendo en cuenta las reprogramaciones realizadas.
- 6.5. Generar informes mensuales por proceso de seguimiento a la ejecución del PAA, que permitan establecer alertas a nivel directivo y tomar correctivos al respecto.
- 6.6. Continuar con la depuración de posibles pasivos exigibles, y gestionar los pagos de reservas presupuestales.
- 6.7. Enviar la información a las diferentes dependencias de la UAESP de los pasivos exigibles por valor de \$649 millones que no tienen identificada el área responsable de su gestión para que contribuyan a identificar el responsable de estos saldos, así tomar las acciones correspondientes para su reducción.

APROBACIÓN:

 Jefe(a) de Oficina de Control Interno	 Auditor(es) Interno(s)
---	---

FECHA⁴:

26 – MAYO – 2021

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