

INFORME DE GESTIÓN VIGENCIA 2017 OFICINA DE CONTROL INTERNO

La gestión de la Oficina de Control Interno, como elemento asesor, evaluador y dinamizador del Sistema de Control Interno, se refleja a través del desarrollo de los 5 roles que trata el artículo 3 del decreto 1537 de 2001, y decreto 648 de 2017 lo ha venido desarrollando a través de la siguiente manera:

1

1. ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO

- Asesoría en la Implementación del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Asesoría en la sostenibilidad del proceso de Atención al Usuario y apertura de buzones de los diferentes escenarios.
- Asesoría en el proceso de almacén y Comité de Bajas.
- Asesoría en los diferentes procedimientos institucionales de la Subdirección Deportiva.
- Asesoría para la elaboración de las acciones correctivas producto de las observaciones identificadas por la Contraloría Municipal de Soacha reflejadas en el Plan de Mejoramiento de la Vigencia 2015.
- Asesoría y Acompañamiento a la Gestión Institucional, mediante la asistencia a los diferentes Comités Directivos y ampliados programados por la Dirección del IMRDS.
- En cumplimiento de lo estipulado en la ley 1150 del 16 de julio del 2007, art 3, el Decreto 066 del 16 de enero de 2008 art 8, Artículo 223 del Decreto Ley 019 de 2012, el Decreto 734 de 2012 Artículo 2.2.5, la Oficina de Control Interno ha realizado acompañamiento en las audiencias de cierre de la etapa precontractual de los procesos de contratación en las modalidades de menos cuantía, subasta inversa y licitación pública suscritos por la Entidad.
- Asesoría en la gestión y administración de riesgos operacional y de corrupción.
- Apoyo en el proceso de inducción institucional en materia del Sistema de Control Interno. (Julio de 2017.)
- Acompañamiento al proceso de apertura de buzones en los diferentes escenarios deportivos, de manera quincenal.

2. EVALUACION INDEPENDIENTE

De acuerdo a la normatividad vigente mediante Acta de Comité de Control Interno No. 01 de 2017, se realizó la aprobación del plan anual de auditorías de la Oficina de Control Interno. A continuación se describen las conclusiones y recomendaciones de las evaluaciones independientes de las auditorías realizadas durante la vigencia 2016, de la siguiente manera:

2.1 AUDITORIA DE CONTROL INTERNO No. 01 de 2017 – PROCESO DE GESTIÓN DE JURÍDICA CONTRATACIÓN Y ASUNTOS DISCIPLINARIOS

OBJETIVO: Evaluar el Sistema de Control Interno del Proceso de Gestión de Jurídica, Contratación y Asuntos Disciplinarios, que realiza la Subdirección Administrativa y la Oficina Jurídica con el propósito de determinar la calidad de los controles implementados que garanticen que la totalidad de las actividades y operaciones se realizan de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes, faciliten la correcta evaluación y seguimiento de la gestión, aseguren la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros y protejan los recursos ante posibles riesgos que los afecten.

CONCLUSIONES En términos generales se concluye que el Proceso de Gestión Jurídica (Contratación, Jurídica y Asuntos Disciplinarios), presenta algunos aspectos implementados en la implementación formal de los elementos del Sistema de Control Interno de que trata la Ley 87 de 1993, Decreto 943 de 2014 y MECI 1000:2014, tales como, planes, manuales, procedimientos, riesgos, , entre otros; lo anterior, facilita la creación de un ambiente de control favorable que brinde la seguridad razonable de eficacia de las operaciones y adherencia de las mismas a las normas constitucionales y legales vigentes. Sin embargo se observa deficiencias en elementos de control tales como, planes operativos anuales, indicadores, autoevaluación, seguimiento a riesgos, archivo, estandarización de formatos, procedimientos en asuntos disciplinarios, entre otros,

Lo anteriormente expuesto, no implica que exista ilegalidad en las actuaciones; sin embargo, la ausencia de estos elementos de control incrementa el nivel de riesgo o probabilidad de materialización de eventos no deseados que impidan el logro de los objetivos e impacten en el cumplimiento de la misión institucional, a la vez que pueden generar algún tipo de impacto legal como sanciones administrativas o disciplinarias.

RECOMENDACIONES

En cumplimiento del rol de acompañamiento y asesoría, la Oficina de Control Interno se permite efectuar, de la manera más atenta, las siguientes recomendaciones con el propósito de fortalecer el ejercicio del Control Interno en las actividades del subproceso de contratación, jurídica y asuntos disciplinarios, para garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones y la adherencia de las mismas a las normas constitucionales y legales vigentes:

- Suscribir planes operativos anuales para los procesos de gestión jurídica, contratación y unidad de control interno disciplinarios.
- Realizar publicación oportuna del plan anual de adquisiciones y sus respectivas actualizaciones.

- Incluir dentro de la estructura orgánica de la entidad los procesos de contratación jurídica y asuntos disciplinarios
- Realizar actualización del manual de contratación Institucional, revisión actualización y adopción mediante acto administrativo del manual de supervisión e interventoría y estandarización de formatos de los procesos referenciados.
- Realizar los procedimientos que operativicen la unidad de asuntos disciplinarios institucional.
- Elaborar las fichas técnicas de indicadores de gestión de los procesos referenciados que permitan medir y evaluar la eficiencia eficacia y efectividad de las operaciones y se constituya como herramienta para la toma de decisiones
- Realizar seguimiento a la ejecución de los controles identificados en la matriz de riesgos operacionales y de corrupción con el fin de realizar control del riesgo residual e identificar la materialización de riesgos. En este último caso suscribir los respectivos planes de mejoramiento.
- Implementar un mecanismo de control para el manejo de correspondencia interna enviada y recibida que incluya lo enviado y recibido mediante correo electrónico.
- Realizar publicación de todas las actividades contractuales en el sistema electrónico de contratación pública tal como se establece en el decreto 10 82 de 2015.
- En el caso de los procesos de mínima cuantía, menor cuantía, subasta y licitación pública realizar publicación en el sistema electrónico de contratación pública, del formato único de pagos con el fin de dar cumplimiento al literal G del artículo 11 de la ley 1712 de 2014 y el plan de mejoramiento suscrito con la Procuraduría General de la nación en visita administrativa durante la vigencia 2016.
- Realizar el plan de mejoramiento que subsane a nivel de proceso las desviaciones detectadas por la oficina de control interno en la presente auditoría.
- Realizar un procedimiento de entrega y recibo de cargo que refleje las actividades pendientes, con el fin de minimizar riesgos asociados a falta de información en el momento del cambio de servidores públicos.
- Subsanan las deficiencias de archivo evidenciados en los expedientes jurídicos y disciplinarios que no permiten llevar un orden consecutivo ni cronológico de las actuaciones y hechos que componen el proceso.
- Realizar documentación de la operativización de los procedimientos asociados a la oficina de control interno disciplinario
- Realizar actuaciones en los procesos disciplinarios que se encuentran vigentes que permitan realizar avance en la investigación.
- Realizar entrega de la información de forma oportuna y completa a la oficina de control interno.
- Teniendo en cuenta que existen contratos que se suscriben a final de mes y el acta de inicio se suscribe al mes siguiente, a nivel de ejemplo el contrato se suscribe el 30 de mayo y el acta de inicio el 2 de junio, dicho contrato se reportaría a más tardar el 3 día hábil del mes de julio, esta oficina recomienda se implemente como medida de control una base de datos semaforizada de contratos reportados con el fin de minimizar el riesgo de incumplimiento de reporte de información, que podrían presuntamente acarrear en procesos sancionatorios y disciplinarios. Es pertinente aclarar que el SIA Observa no arroja ningún tipo de alerta de contratos que no se reporten de manera oportuna.
- En el PROCESO "11001333501620100000 JUZGADO 19 ADMINISTRATIVO DE BOGOTÁ se recomienda que el IMRDS de cumplimiento a lo estipulado en el artículo 26 del decreto 1716 de 2009 el cual profesa que "...de la acción de repetición. Los comités de conciliación de las entidades públicas deberán realizar los estudios pertinentes para determinar la procedencia de la acción de repetición. para ello, el ordenador del gasto, al día siguiente del pago total del capital de una condena, de una conciliación o de cualquier otro crédito surgido por concepto de la responsabilidad

patrimonial de la entidad, deberá remitir el acto administrativo y sus antecedentes al comité de conciliación, para que en un término no superior a seis (6) meses se adopte la decisión motivada de iniciar o no el proceso de repetición y se presente la correspondiente demanda, cuando la misma resulte procedente, dentro de los tres (3) meses siguientes a la decisión". Por lo tanto esta oficina recomienda que como el pago de la condena aconteció el 7 de febrero de 2017, se realice el respectivo estudio de la acción de repetición a través del Comité de conciliación a más tardar el 7 de agosto de 2017 y de interponer la respectiva demanda si hay a lugar hasta el 7 de noviembre de 2017.

2.2 INFORME DE SEGUIMIENTO 03 de 2017 – VISITA AL ESCENARIO LEÓN XIII

OBJETIVO: Realizar seguimiento al mantenimiento preservación del Escenario de acuerdo a los siguientes parámetros. Orden y Limpieza, poda, mantenimiento, riesgos existentes, entre otros.

RECOMENDACIONES

En términos generales se establecieron las siguientes recomendaciones:

Realizar arreglo del espejo ubicado en el baño de la zona occidental.

Realizar diagnostico y arreglo de los puntos eléctricos del Coliseo.

Continuar con el mejoramiento del escenario evidenciado en la presente visita.

Realizar reubicación de las canchas de baloncesto en el momento que se encuentre comunidad en el interior del Coliseo ya que este elemento se encontraba en una zona de paso común, y puede ocasionar presuntos riesgos de accidente por parte de las personas que utilizan la zona.

Continuar con el mejoramiento del escenario evidenciado en la presente visita

Realizar las gestiones administrativas a que haya a lugar con el fin de arreglar o dar de baja las colchonetas evidenciadas que se encuentran dañadas.

Continuar con el mejoramiento del escenario evidenciado en la presente visita

Realizar seguimientos y rondas diarias con el fin de verificar el estado del aseo del escenario y corregirlo.

Realizar jornada de orden y aseo del área de bodegaje en la sala denominada kickboxing.

Realizar publicación en varias zonas del Coliseo del Manual de Uso teniendo en cuenta que las instalaciones son grandes.

Realizar seguimientos y rondas diarias con el fin de verificar el estado del aseo del escenario y corregirlo.

Realizar retiro de los elementos que se encontraban en el lavamanos teniendo en cuenta que se puede presentar el riesgo de accidente hacia la comunidad o hurto de elementos institucional.

Destinar un solo sitio para almacenar los elementos de aseo que se utilizan en el escenario.

Continuar con el mejoramiento del escenario evidenciado en la presente visita

5

2.3 INFORME DE SEGUIMIENTO 04 de 2017 – VISITA A LA UNIDAD DEPORTIVA RAFAEL MARTÍNEZ

OBJETIVO: Realizar seguimiento al mantenimiento preservación del Escenario de acuerdo a los siguientes parámetros. Orden y Limpieza, poda, mantenimiento, riesgos existentes, entre otros.

RECOMENDACIONES

Realizar publicación del manual de uso al escenario en un sitio visible y de acceso a toda la comunidad.

Mantener el escenario en óptimas condiciones de aseo y limpieza.

Continuar con la adecuación de la zona de enfermería evidenciada en la visita.

Instalar la tapa de la caja de fusibles.

Realizar poda de manera periódica al pasto del escenario.

Realizar limpieza de los desagües del escenario.

Realizar las gestiones a que haya a lugar con el fin de realizar arreglo y puesta en uso de las maquinas que se observaron dañadas en la presente visita. El arquitecto recomienda al administrador que realice la gestión de conseguir soldadura y con el contrato de ferretería los repuestos. El administrador argumenta que ya realizado dicha gestión sin obtener apoyo.

Realizar las gestiones a que haya a lugar con el fin de realizar arreglo de las tapas de las cajas eléctricas.

El arquitecto recomienda instalar malla electro soldada. Colocar una Puerta de lado a lado a una altura de 2.50 m con el fin de evitar que los animales y mascotas de los vecinos ingresen al escenario.

Realizar arreglo y fijación de la baranda suelta.

El arquitecto recomienda que por medio del contrato de ferretería de la Entidad, se consigan los materiales y se realice el arreglo correspondiente.

Realizar el arreglo correspondiente a las canchas de baloncesto del escenario.

Realizar arreglo y /o adecuación de las sillas con el fin de minimizar el riesgo de accidente.

El arquitecto sugiere al administrador del escenario levantar uno de los bordillos para revisar si por debajo de la plaqueta del andén de la placa de la entrada se está filtrando el agua y si está hueca, con el fin de realizar relleno y volver a colocar el bordillo.

Continuar con las jornadas de orden y limpieza

Realizar arreglo del buzón de quejas y reclamos y colocarlo en un lugar visible, teniendo en cuenta que esto es una herramienta de comunicación entre la comunidad y la Entidad

6

2.4 AUDITORIA DE CONTROL INTERNO No. 05 de 2017 – SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OBJETIVO Realizar seguimiento al Sistema de Control Interno del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo, que encabeza la Subdirección Administrativa y el Comité de Seguridad y Salud en el Trabajo con el propósito de determinar la calidad de los controles implementados que garanticen que la totalidad de las actividades y operaciones se realizan de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes, faciliten la correcta evaluación y seguimiento de la gestión, aseguren la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros y protejan los recursos ante posibles riesgos que los afecten.

CONCLUSION En términos generales se concluye que el sistema de control interno del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo se encuentra en proceso de implementación formal de los elementos del Sistema de Control Interno de que trata la Ley 87 de 1993 y el MECI 1000:2014, tales como manuales, procedimientos, indicadores, riesgos, mecanismos de evaluación y verificación de operaciones, entre otros; teniendo en cuenta los documentos e información presentada, la cual en su gran mayoría se encuentra en proceso de elaboración para su posterior adopción, formalización y divulgación. Por lo tanto, una vez se formalicen la información, se podrá determinar si dichas acciones facilitan o no la creación de un ambiente de control favorable que brinde la seguridad razonable de eficacia de las operaciones y adherencia de las mismas a las normas constitucionales y legales vigentes.

La gestión en seguridad y salud ocupacional debe prevenir la incidencia de accidentalidad laboral y enfermedad profesional a través de la implementación de los diferentes componentes del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, por medio de subprogramas, planes, actividades, identificación de riesgos, seguimiento a indicadores, autoevaluaciones, acciones de mejoramiento y estrategias encaminadas al desarrollo del Sistema mencionado.

Es importante la adopción y formalización de los procesos procedimientos y demás elementos que componen el SGSST, así como la formalización de la adopción del sistema a través de un acto administrativo.

RECOMENDACIONES

En cumplimiento del rol de acompañamiento y asesoría, la Oficina de Control Interno se permite efectuar, de la manera más atenta, las siguientes recomendaciones con el propósito de fortalecer el ejercicio del Control Interno en manejo de las actividades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, para

garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones y la adherencia de las mismas a las normas constitucionales y legales vigentes:

- MATRIZ LEGAL

Realizar elaboración del procedimiento del normograma

Dejar registro del control de cambios producto de la revisión de la matriz legal realizada de maneja anual, discriminando las normas adicionadas o suprimidas (derogadas o que ya no apliquen) que reflejen la actualización de dicho documento.

Realizar depuración del normograma ya se encuentran incluidas normas que rigen historia clínica (Resolución 1995 de 1999) y habilitación de entidades hospitalarias Resolución 4445 de 1996 (registro 231 al registro 234 de la matriz legal), normas que son aplicables a entidades hospitalarias y no aplican al IMRDS. Lo anterior debido a un error involuntario de digitación.

Realizar socialización del normograma

Se recomienda que dicha matriz legal sea incluida y consolidada en el normograma institucional.

- EVALUACIÓN INICIAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Realizar socialización formal de forma anual a la Dirección General del diagnóstico, debidamente firmado por el responsable de salud ocupacional

- IDENTIFICACIÓN DE LOS ROLES DEL PERSONAL Y SUS FUNCIONES - PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES EN EL SSST - ASIGNACIÓN Y COMUNICACIÓN DE RESPONSABILIDADES

Se recomienda continuar con la elaboración y terminación del documento de roles y responsabilidades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo, realizar su adopción, socialización y divulgación.

- IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS, EVALUACIÓN, VALORACIÓN Y GESTIÓN DE LOS RIESGOS

Realizar actualización del procedimiento a fin de incluir, periodicidad, riesgos y puntos de control.

Realizar registro documentado de la verificación de la matriz de manera anual, con el fin de visualizar el control de cambios de actualización, es decir cuales riesgos o peligros fueron adicionados o suprimidos con su respectiva argumentación.

- POLÍTICA Y OBJETIVOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ADOPTADO Y SOCIALIZADO

Realizar rediseño de las políticas y objetivos, teniendo en cuenta que para esta oficina no es clara cuales son las políticas y objetivos del SGSST; a nivel de ejemplo en la políticas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el IMRDS se argumenta que "... para alcanzar este propósito... Está prohibido presentarse en el IMRDS, bajo el efecto de alcohol o drogas ilícitas; No permitir bajo ninguna circunstancia el uso, consumo y/o expendio de alcohol, drogas alucinógenas, enervantes y tabaquismo en lugares de trabajo

(escenarios deportivos)...” se establecen requisitos y/o condiciones que la entidad no permitirá en las instalaciones del IMRDS.

Por otro lado en la política de seguridad vial se argumenta que “...La Entidad en su compromiso de preservar la vida humana y la continuidad de las actividades, ha establecido la siguiente política de seguridad vial; La cual es de obligatorio cumplimiento para conductores propios y terceros, quienes deben seguir los lineamientos relacionados a continuación...”, solo se establecen lineamientos mas no objetivos para el cumplimiento de dicha política.

Se debe tener en cuenta que la definición de política de acuerdo a la cartilla denominada GUÍA TÉCNICA DE IMPLEMENTACIÓN es definir el compromiso de la alta dirección de una organización con la seguridad y la salud en el trabajo, expresadas formalmente, que define su alcance y compromete a toda la organización.

Uno de los objetivos fundamentales de la política, es evidenciar el compromiso de la alta dirección con sus trabajadores en cuento a SST, con el fin de crear una cultura empresarial en la que se promuevan adecuadas condiciones de trabajo. La Política de SST de la empresa debe incluir como mínimo los siguientes objetivos sobre los cuales la organización expresa su compromiso:

- Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los respectivos controles.
- Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores, mediante la mejora continua del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST en la empresa.
- Cumplir la normatividad nacional vigente aplicable en materia de riesgos laborales.

- **PLAN DE TRABAJO ANUAL EN SGSST – ARL**

Realizar documentación del procedimiento en donde se relacione la normatividad, actividades, puntos de control y riesgos para la elaboración del plan de trabajo del SGSST.

Se debe tener en cuenta que la elaboración de dicho plan debe tener en cuenta el resultado arrojado, por la revisión de la alta dirección, la autoevaluación, el resultado de indicadores, matriz de riesgos y peligros, entre otros.

Realizar un seguimiento formal al cumplimiento del plan de trabajo suscrito por la ARL

Esta oficina recomienda que teniendo en cuenta lo arrojado por el diagnóstico inicial, la entidad debe realizar los requerimientos que consideren necesarios a la ARL para coadyuvar la implementación y sostenibilidad del Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo. Adicionalmente se recomienda que se diseñe una herramienta de control institucional que permita visualizar el cumplimiento y modificaciones del plan de trabajo anual suscrito por la ARL.

- **PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS**

Definir la periodicidad de la evaluación en el procedimiento existente que de acuerdo a la normatividad vigente debe realizarse de manera anual.

Realizar la definición de planos de instalaciones y rutas de evacuación y señalización en todos los escenarios administrados por el IMRDS

Realizar dentro del plan de emergencias la relación de los equipos para la prevención y atención de emergencias incluyendo sistemas de alerta, señalización y alarma, para todos los escenarios administrados por el IMRDS, ya que solamente se encuentra definido para el Coliseo General Santander en el documento definido "guía y procedimiento simulacro 28 -09 – 2017

Realizar actualización del formato de inspecciones ya que se encuentra desactualizado, teniendo en cuenta la adquisición de botiquines tipo B y C durante la vigencia 2016. Se recomienda que en dichas listas de chequeo se incluya la revisión de fechas de vencimientos de medicamentos y material médico a las que aplique.

- PROCEDIMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REPORTE E INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES, ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES LABORALES

Respecto al procedimiento para el estudio sociodemográfico y la caracterización de sus condiciones de salud, se recomienda formalizar, adoptar y socializar el documento borrador presentado denominado Procedimiento De Perfil Sociodemográfico, en donde se establecen las actividades tales como la aplicación de la encuesta de determinación de perfil sociodemográfico y consolidación y caracterización.

Respecto a la aplicación de la encuesta a nivel institucional a 74 funcionarios y/o contratistas, se recomienda realizar un informe del estudio sociodemográfico, y socializarlo a nivel institucional. Producto de este informe se recomienda implementar las acciones preventivas y/o correctivas a que haya a lugar.

Se recomienda que se realice y socialice un documento en donde se defina las funciones, responsabilidades y seguimiento del Comité investigador. Es pertinente aclarar que oportunamente el apoyo administrativo para el diseño del SGSST, realice la respectiva socialización de este tema. Teniendo en cuenta que dicho comité se genera en cumplimiento del artículo 7 de la Resolución No. 1401 de 2007 emanada por el Ministerio de Protección Social, se recomienda que dicho comité sea adoptado mediante acto administrativo con el fin de que desde la Dirección General se especifiquen los lineamientos y funciones de dicho comité.

Se recomienda diseñar un procedimiento que defina las actividades a realizar y que refleje los mecanismos para realizar la investigación de los accidentes e incidentes, sus riesgos y puntos de control.

Se sugiere que se suscriban e implementen las respectivas acciones correctivas preventivas y de mejora con el fin de minimizar la ocurrencia de accidentes e incidentes laborales.

Por lo anterior se evidencia que la subdirección Administrativa y Financiera viene reportando de forma oportuna los accidentes e incidentes de trabajo ocasionados en el IMRDS, a excepción del mes de abril de 2016, el cual fue reportado después de 2 días hábiles de ocurrido el accidente laboral.

Los formatos de investigación de incidentes y accidentes de trabajo código VP – RE – IIAT – 02 versión 2 de fecha septiembre de 2009, no se encuentran debidamente firmados por el superior inmediato, delegado de Salud Ocupacional, Representante del COPASST, entre otros.

Esta oficina considera que se presenta una presunta inconsistencia entre Los formatos de investigación de incidentes y accidentes de trabajo código VP – RE – IIAT – 02 versión 2 de fecha septiembre de 2009 formato de la ARL y el acta de creación de comité de investigación, ya que de acuerdo a lo registrado en el formato las personas que se involucran en el comité de investigación son diferentes a los elegidos en el comité. Por

tanto, esta oficina recomienda a la Subdirección Administrativa y Financiera evaluar dicha inconsistencia y modificar lo que considere necesario.

- CRITERIOS PARA ADQUISICIÓN DE BIENES O CONTRATACIÓN DE SERVICIOS CON LAS DISPOSICIONES DEL SG-SST

Esta oficina recomienda que para el caso de la contratación de prestación de servicios se continúe haciendo la revisión del examen de aptitud de salud ocupacional, especificando la fecha de expedición del documento, el concepto de aptitud y las restricciones o limitaciones para el cargo si así lo especifica el examen.

Por otro lado, para los procesos de contratación con personas jurídicas se recomienda que desde el área de jurídica y contratación en conjunto con Salud Ocupacional, se diseñe e incluya un formato a los pliegos de condiciones en donde la entidad logre constatar el cumplimiento por parte del proponente de los aspectos y la normatividad relacionada con el Sistema General de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- RENDICIÓN DE CUENTAS AL INTERIOR DE LA EMPRESA

Se recomienda realizar una rendición de cuentas al interior de la empresa, por parte del Designado por la Dirección y/o Director General de la Entidad.

- LOS RESULTADOS DE LOS PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS DE SALUD Y LOS CONCEPTOS DE LOS EXÁMENES DE INGRESO, PERIÓDICOS Y DE RETIRO DE LOS TRABAJADORES – EXÁMENES MEDICOS OCUPACIONALES.

Continuar con el seguimiento realizado a los exámenes de salud ocupacional visualizados en el presente informe.

Realizar de manera periódica los requerimientos a la ARL, de acuerdo al resultado del examen de salud ocupacional de la Funcionaria Sandra Patricia Reyes Vega.

- MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN EN SST

A nivel general se recomienda que para la elaboración y seguimiento de los indicadores referentes al Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo se tenga en cuenta la fecha técnica de indicadores de gestión incluida en el manual de procesos y procedimientos institucional, adoptado mediante Resolución Administrativa No. 198 de 2015, y se realice una revisión de cada indicador teniendo en cuenta lo anteriormente descrito.

A nivel general se recomienda que cada indicador cuente con su propia ficha técnica ya que estos pueden ser utilizados como una herramienta para la toma de decisiones a nivel gerencial en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Se recomienda realizar el respectivo seguimiento de los indicadores de infraestructura de acuerdo a la frecuencia de medición, teniendo en cuenta que su resultado, seguimiento y trayectoria es un factor para la toma de decisiones gerenciales de la entidad en materia de salud ocupacional, y realizar y documentar las respectivas acciones correctivas, preventivas y de mejora a que haya a lugar.

Se recomienda realizar el respectivo seguimiento de los indicadores de proceso de acuerdo a la frecuencia de medición, teniendo en cuenta que su resultado, seguimiento y trayectoria es un factor para la toma de

decisiones gerenciales de la entidad en materia de salud ocupacional, y realizar y documentar las respectivas acciones correctivas, preventivas y de mejora a que haya a lugar.

Se recomienda realizar el respectivo seguimiento de los indicadores de resultado de acuerdo a la frecuencia de medición, teniendo en cuenta que su resultado, seguimiento y trayectoria es un factor para la toma de decisiones gerenciales de la entidad en materia de salud ocupacional, y realizar y documentar las respectivas acciones correctivas, preventivas y de mejora a que haya a lugar.

Se recomienda implementar las acciones de mejoramiento a que haya a lugar producto del resultado de los indicadores anteriormente mencionados.

Identificar e implementar los indicadores de gestión que midan la eficiencia, eficacia y efectividad de las operaciones del proceso del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, de acuerdo a lo estipulado en el manual de procesos y procedimientos de la Entidad.

- **AUDITORIAS INTERNAS**

Documentar el procedimiento de autoevaluación para la revisión del SGSST

Se recomienda continuar con los procesos de autoevaluación realizados con la herramienta de diagnóstico

- **REVISIÓN ANUAL AL SGSST POR PARTE DE LA ALTA DIRECCION**

Documentar el procedimiento de revisión anual por parte de la dirección

Se sugiere realizar por lo menos una vez al año la revisión por parte de la Dirección, y establecer, documentar y realizar acciones de mejoramiento producto de esta revisión.

- **ACCIONES PREVENTIVAS O CORRECTIVAS**

Se recomienda implementar los planes de mejoramiento en el momento de detectar desviaciones teniendo en cuenta:

- Resultados de las inspecciones y observación de tareas.
- investigación de incidentes y accidentes de trabajo.
- Auditorías internas y externas
- Sugerencias de los trabajadores.
- Revisión por la Alta Dirección.
- Cambios en procedimientos o métodos de trabajo.
- Indicadores
- Materialización de riesgos
- Autoevaluaciones

- **COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO INSTITUCIONAL**

Documentar el procedimiento institucional para realizar el proceso de selección del COPASST

Realizar cumplimiento de las funciones del Comité establecidas en el artículo 7 de la Resolución 102 de 2017.

- PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUE DOCUMENTAL EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Realizar control y adopción de los procedimientos, instructivos y formatos utilizados para dar cumplimiento a lo estipulado en la normatividad relacionada en el SGSST.

Elaborar el listado maestro de documentos del SGSST.

- OTROS ELEMENTOS DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Realizar actualización de la caracterización del proceso de talento humano y su normograma, teniendo en cuenta que dicha caracterización se refiere al Programa de Salud Ocupacional, y este fue reemplazado por el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional. Adicionalmente no se relacionan normas tales como el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 1111 de 2017.

Realizar actualización y aprobación de las tablas de retención documental del SGSST.

Se recomienda para el manejo de archivo y control documental se tenga en cuenta la normatividad emanada por el Archivo General y las Resoluciones Administrativas que soportan el Sistema de Gestión documental de la entidad.

Se recomienda dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 1 del Decreto 171 de 2016, en donde se argumenta que “...*Modificación del artículo 2.2.4.6.37 del Decreto 1072 de 2015. Modifíquese el artículo 2.2.4.6.37 del Decreto 1072 de 2015 el cual quedara así: “Artículo 2.2.4.6.37. Transición. Todos los empleadores públicos y privados, los contratantes de personal bajo cualquier modalidad de contrato civil, comercial o administrativo, organizaciones de economía solidaria y del sector cooperativo, así como las empresas servicios temporales, deberán sustituir el Programa de Salud Ocupacional por el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) a más tardar el 31 de enero de 2017...*”, adoptando el sistema mediante acto administrativo.

- PLAN DE MEJORAMIENTO

Se recomienda realizar cumplimiento de las acciones correctivas plasmadas en el plan de mejoramiento.

2.5 INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO No. 06 – 2017 - PROCEDIMIENTO DIVERSAMENTE HÁBIL

OBJETIVO Realizar seguimiento al Sistema de Control Interno de la ejecución del procedimiento denominado Diversamente Hábil, inmerso en el manual de procesos y procedimientos institucional, adoptado mediante Resolución No. 198 de 2015, con el propósito de determinar la calidad de los controles implementados que garanticen que la totalidad de las actividades y operaciones se realizan de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes, faciliten la correcta evaluación y seguimiento de la gestión, aseguren la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros y protejan los recursos ante posibles riesgos que los afecten.

CONCLUSIÓN En términos generales se concluye que el sistema de control interno en la ejecución del procedimiento denominado diversamente hábil, presenta fortalezas de control ya que se realizan las

actividades descritas y se documenta adecuadamente los puntos de control establecidos. Dichos puntos de control permiten realizar seguimiento a la ejecución del procedimiento y detectar posibles desviaciones, para establecer planes de mejoramiento

Sin embargo se presentan ciertas deficiencias en la planeación de las actividades ya que no se encuentra completamente articuladas las actividades del plan de acción anual con el cronograma mensual, deficiencias en la presentación de los indicadores de cumplimiento del Plan de Desarrollo y ausencia de mecanismos de control en el caso de la entrega de cuentas de cobro de los contratistas de prestación de servicios a la Subdirección Administrativa y Financiera y PQRS a la Dirección General.

13

RECOMENDACIONES

En cumplimiento del rol de acompañamiento y asesoría, la Oficina de Control Interno se permite efectuar, de la manera más atenta, las siguientes recomendaciones con el propósito de fortalecer el ejercicio del Control Interno en manejo de las actividades en la ejecución del procedimiento Diversamente Hábil, para garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones y la adherencia de las mismas a las normas constitucionales y legales vigentes:

- Continuar con la ejecución del procedimiento de acuerdo a lo descrito en el presente informe y la información reportada.
- Realizar articulación de los planes operativos anuales y el cronograma mensual.
- En el informe de gestión, realizar una descripción de actividades realizadas para la ejecución del procedimiento, discriminando los indicadores de cumplimiento del plan de desarrollo
- Por parte de la Subdirección Deportiva evaluar la pertinencia de aprobación de los planes de acción de las diferentes coordinaciones y/o procesos del área misional.
- Elaborar los indicadores de gestión de eficiencia, eficacia y efectividad, teniendo en cuenta los lineamientos institucionales.
- Realizar reporte de los indicadores de cumplimiento del plan de desarrollo de acuerdo a los proyectos y edades descritas en dicho plan
- Documentar todas las convocatorias realizadas a las diferentes instituciones educativas.
- Restablecer el mecanismo de control utilizado en el caso de la entrega de las cuentas de cobro y PQRS.

2.5 INFORME DE AUDITORIA DE CONTROL INTERNO No. 07 – 2017 - PROCEDIMIENTO FESTIVALES ATLÉTICOS ESCOLARES

OBJETIVO Realizar seguimiento al Sistema de Control Interno de la ejecución del procedimiento denominado Festivales Atlético, inmerso en el manual de procesos y procedimientos institucional, adoptado mediante Resolución No. 198 de 2015, con el propósito de determinar la calidad de los controles implementados que garanticen que la totalidad de las actividades y operaciones se realizan de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes, faciliten la correcta evaluación y seguimiento de la gestión, aseguren la oportunidad y confiabilidad de la información y de sus registros y protejan los recursos ante posibles riesgos que los afecten.

CONCLUSIONES En términos generales se concluye que el sistema de control interno en la ejecución del procedimiento denominado festivales Atléticos, presenta fortalezas de control ya que se realizan las actividades descritas y se documenta adecuadamente los puntos de control establecidos. Dichos puntos de control permiten realizar seguimiento a la ejecución del procedimiento y detectar posibles desviaciones.

Sin embargo se presentan ciertas deficiencias en la planeación de las actividades ya que no se programan todas las actividades descritas en el procedimiento sino se realiza la planeación de manera global. Adicionalmente el reporte de la gestión del proceso no discrimina las actividades ejecutadas y no se discrimina el cumplimiento del plan de desarrollo de acuerdo a proyecto.

RECOMENDACIONES

En cumplimiento del rol de acompañamiento y asesoría, la Oficina de Control Interno se permite efectuar, de la manera más atenta, las siguientes recomendaciones con el propósito de fortalecer el ejercicio del Control Interno en manejo de las actividades de los festivales atléticos, para garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones y la adherencia de las mismas a las normas constitucionales y legales vigentes:

- Continuar con la ejecución del procedimiento de acuerdo a lo descrito en el presente informe y la información reportada.
- Realizar planeación de las actividades descritas en el procedimiento
- En el informe de gestión, realizar una descripción de actividades realizadas para la ejecución del procedimiento, discriminando los indicadores de cumplimiento del plan de desarrollo
- Por parte de la Subdirección Deportiva evaluar la pertinencia de aprobación de los planes de acción de las diferentes coordinaciones y/o procesos del área misional.
- Elaborar los indicadores de gestión de eficiencia, eficacia y efectividad, teniendo en cuenta los lineamientos institucionales.

2.6 VERIFICACIÓN DEL MANEJO DE CAJA MENOR

Se realiza revisión de los tres reintegros realizados durante la vigencia en el mes de marzo, junio y septiembre de 2017, a lo cual durante la revisión realizada durante el mes de septiembre se evidencio:

Mediante Resolución No. 013 del 2 de febrero de 2017 se constituye la Caja Menor en el IMRDS, y se reglamenta su funcionamiento para la presente vigencia, teniendo en cuenta lo estipulado en la Resolución No. 002 de fecha 2 de enero de 2017 emitida por la Secretaria de Hacienda Municipal.

La presente revisión se realizará desde el comprobante No. 092 de fecha 12 de junio de 2017 hasta el comprobante No. 141 de fecha 27 de Septiembre de 2017. Para esto se realizara cotejo entre el libro auxiliar de la administración de la caja menor vs comprobantes vs efectivo. De lo anterior se evidencia que:

| RUBRO | DESCRIPCIÓN | SALDO INICIAL | GASTOS SEGÚN LIBRO Y SOPORTES | ARQUEO | % DE EJECUCIÓN |
|--------|---------------------------|---------------|-------------------------------|--------|----------------|
| 1212 | SUMINISTROS Y MATERIALES | 350.000 | 350.000 | - | 100,00% |
| 122103 | COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE | 350.000 | 253.000 | 97.000 | 72,29% |
| 1241 | BIENESTAR SOCIAL | 275.000 | 250.450 | 24.550 | 91,07% |

| | | | | | |
|---------|----------------------------|------------------|------------------|----------------|---------------|
| A141010 | MANTENIMIENTO Y ADECUACION | 500.000 | 220.000 | 280.000 | 44,00% |
| | TOTAL | 1.475.000 | 1.073.450 | 401.550 | 72,78% |

RECOMENDACIONES

- Realizar proceso de reintegro de la caja menor constituida para la vigencia 2017, ya que en su totalidad el porcentaje de gasto después del manejo a Septiembre 27 de 2017, asciende a 72.78%, equivalente a \$1.073.450, en concordancia con lo mencionado anteriormente.
- Radicar en la Subdirección Administrativa y Financiera los comprobantes de pago No. 092 al 141 con sus respectivos soportes
- Radicar en la Subdirección Administrativa y Financiera los libros auxiliares de caja menor presentados para el presente seguimiento.
- Continuar con el buen manejo y administración de la caja menor, evidenciado en el presente seguimiento.

15

2.7 INFORME DE SEGUIMIENTO 08 Y 09 DE 2017 - VISITA DE SEGUIMIENTO A LOS ESCENARIOS DEPORTIVOS LA ARENOSA (COMPARTIR) Y TIBANICA.

3. VALORACIÓN DEL RIESGO

3.1. RIESGOS OPERACIONALES

De acuerdo a la Resolución No. 199 de 2015, en donde se observa que el IMRDS realizó adopción de la Política de Riesgos Operacionales y el manual de Gestión y Administración de riesgos, la oficina de control interno en conjunto con los diferentes líderes de procesos realizó acompañamiento a la actualización de los riesgos y seguimiento del monitoreo de los controles establecidos en dicha matriz. Producto de este trabajo se realizó actualización a 29 riesgos y se eliminaron 2 con respecto a la vigencia 2016, teniendo en cuenta que no eran pertinentes para la gestión institucional. Los 29 riesgos se describen a continuación:

- Ocurrencia de accidentes en eventos de afluencia masiva
- Aumento de accidentabilidad laboral, aumento de incapacidades, disminución de la productividad, presencia de enfermedad profesional
- Desconocimiento y experiencia en la gestión documental
- Pérdida parcial o total de documentos y de información
- No ingreso oportuno a almacén de elementos adquiridos por el imrds
- Inconsistencia en la información de inventarios
- Pérdida de elementos
- Daño o deterioro de bienes fijos y de consumo
- Ausencia de canales de comunicación
- Información no confiable e inconsistente
- Incumplimiento de respuestas a requerimientos de entes externos de control
- Informes de auditoría no objetivos
- Incumplimiento plan de auditorías
- Inconsistencias y fallas en las transacciones bancarias
- Entrega extemporánea de la información insumo del proceso contable
- Información financiera incompleta a la fecha de reporte

- Aumento en las inconsistencias o retrasos en los pagos asociados al pago de colaboradores de planta,
- Mala escogencia del personal
- Interrupción de la divulgación de la información
- La información no es veraz o no es clara o no hay información
- No respuesta oportuna a los usuarios
- Incumplimiento de la normatividad para el seguimiento de obras públicas
- Puede ocasionar un corto circuito generando incendio, pérdida del archivo, insumos, hasta pérdida de vidas humanas
- Deterioro de los insumos, daño de equipos de cómputo, peligro de infecciones por contacto por deficiencia en los espacios de almacenamiento
- Inconsistencias, errores y demoras en procesos de contratación y trámite de cuentas.
- Pérdida de la reserva de la actuación disciplinaria
- Accidentes de personas
- Hurto de elementos institucionales
- Falta idoneidad del personal en la ejecución de programas

3.2. RIESGOS DE CORRUPCIÓN

En cumplimiento de lo establecido en el Decreto 124 de 2016 y la Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción emanada por el DAFP, la oficina de control interno en conjunto con los diferentes líderes de procesos realizó acompañamiento a la actualización de los riesgos y seguimiento del monitoreo de los controles establecidos en dicha matriz. Producto de este trabajo se realizó actualización a 29 riesgos y se eliminaron 2 con respecto a la vigencia 2016, teniendo en cuenta que no eran pertinentes para la gestión institucional. Los 29 riesgos se describen a continuación:

- Decisiones ajustadas para manipular los estudios previos para la ejecución de actividades referentes al sistema de seguridad y salud en el trabajo
- Soborno o tráfico de influencias por omitir o no realizar requerimientos o respuestas en la entidad.
- Recibir dádivas por manipular la información recibida de las entidades públicas o de los sistemas de información
- Utilización indebida de información privilegiada y abuso de confianza
- prevaricato por acción u omisión deficiencias en la administración de los archivos
- Hurto de los bienes durante su uso, almacenamiento o suministro.
- Concentración del poder y del conocimiento de gestión institucional
- Interpretación y aplicación subjetiva de normas
- Omisión intencional de posibles actos de corrupción o irregularidades administrativas.
- Pagar sin soportes idóneos
- Decisiones ajustadas para modificación al manual de funciones y beneficiar intereses particulares
- Uso indebido de la información para obtener un beneficio particular.
- Favoritismo para el préstamo de parques y/o escenarios sin el cumplimiento de los requisitos establecidos a nivel normativo y procedimental
- Deficiencias en interventoría y/o supervisión por amiguismo y tráfico de influencias
- Establecer necesidades de bienes y servicios sin justificación real, dentro del proceso
- Celebración indebida de contratos
- Tráfico de influencias

- Hurto
- Cohecho
- Peculado
- Deficiencias en interventoría y/o supervisión
- Proferir decisiones disciplinarias contrarias a derecho en beneficio del sujeto procesal o de un interés particular.
- Desviación de las actividades de los contratistas para intereses diferentes al cumplimiento de la misión de la entidad
- Prevedas de tipo material económico y contractual para beneficio personal los implementos, insumos y servicios son utilizados para otros fines diferentes a los establecidos en la misión de la entidad

4. RELACIÓN CON ENTES EXTERNOS.

4.1. INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE DE LA VIGENCIA 2016

AVANCES OBTENIDOS RESPECTO DE LAS EVALUACIONES Y RECOMENDACIONES REALIZADAS

El IMRDS dispone de un proceso contable que desarrolla las diferentes etapas, con el fin de garantizar la generación de información contable y oportuna, sin embargo, se evidenciaron algunas debilidades ya que en el caso de definición de políticas institucionales, seguimiento de riesgos de índole contable y autoevaluación del control del proceso, no se observan seguimientos documentados y acciones de mejora. Por otro lado la Contraloría Municipal de Soacha detectó una debilidad en el desarrollo del proceso contable, tales como cumplimiento a la norma relacionada en el "...registro correspondiente de los valores que se encuentren en la cuenta 3270, como lo indica el instructivo. Instructivo número 003 del 9 de diciembre de 2015 de la Contaduría General de la Nación en sus numerales 3.1 Literal a y d. y el Instructivo No. 003 de diciembre 10 de 2014. "instrucciones relacionadas con el cambio del período 2014-2015, el reporte de la información a la Contaduría General de la Nación y otros asuntos del proceso contable, expedido por el Contador General de la Nación sobre la vigencia 2014, numeral 3.1.4. El saldo de las cuentas 3128-PROVISIONES, AGOTAMIENTO, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES Y 3270-PROVISIONES, DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES se reclasifica a la subcuenta respectiva de las cuentas 3105 o 3208- CAPITAL FISCAL según corresponda..." Por otro lado se observa compromiso y motivación por parte de los funcionarios del área contable en el desarrollo de las operaciones contables y financieras del IMRDS.

RECOMENDACIONES

Dentro de las notas explicativas de los Estados Financieros, incluir análisis de indicadores financieros de utilidad y patrimonio. Implementar en el proceso contable, los indicadores de gestión. Realizar publicación mensual de los estados financieros en la página web. Establecer documentalmente la definición de niveles de autoridad y responsabilidad en el interior del proceso. Definir y socializar la política contable y la de depuración al interior de la Institución. Realizar autoevaluaciones del control, seguimiento y monitoreo a los riesgos asociados al proceso contable. Subsanan las desviaciones detectadas por la Contraloría Municipal de Soacha. Documentar las conciliaciones realizadas en el proceso contable, mas específicamente con los procesos de contratación y presupuesto. Realizar periódicamente la tomas físicas de bienes e inventario de almacén y su respectivo cotejo con los saldos contables de la Institución. Utilizar la información contable para

la verificación de propósitos los propósitos de gestión, y de acuerdo a su seguimiento realizar las respectivas acciones de mejora.

RESULTADOS DE LA EVALUACION DEL CONTROL INTERNO CONTABLE

| CONCEPTOS | PUNTAJE OBTENIDO | INTERPRETACION |
|---|------------------|----------------|
| 1...EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE | 4,22 | ADECUADO |
| 1.1 ETAPA DE RECONOCIMIENTO | 4,56 | ADECUADO |
| 1.1.1 IDENTIFICACIÓN | 4,31 | ADECUADO |
| 1.1.2. CLASIFICACIÓN | 4,88 | ADECUADO |
| 1.1.3 REGISTRO Y AJUSTES | 4,5 | ADECUADO |
| 1.2 ETAPA DE REVELACIÓN | 4,36 | ADECUADO |
| 1.2.1 ELABORACIÓN DE ESTADOS CONTABLES Y DEMÁS INFORMES | 4,71 | ADECUADO |
| 1.2.2 ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN | 4,0 | ADECUADO |
| 1.3 OTROS ELEMENTOS DE CONTROL | 3,75 | SATISFACTORIO |
| 1.3.1 ACCIONES IMPLEMENTADAS | 3,75 | SATISFACTORIO |

18

RANGOS DE INTERPRETACIÓN DE LAS CALIFICACIONES O RESULTADOS OBTENIDOS

| RANGO | CRITERIO |
|-------------------------------|---------------|
| 1,0 - 2,0 | INADECUADO |
| 2,0 - 3,0 (NO INCLUYE EL 2,0) | DEFICIENTE |
| 3,0 - 4,0 (NO INCLUYE EL 3,0) | SATISFACTORIO |
| 4,0 - 5,0 (NO INCLUYE EL 4,0) | ADECUADO |

4.2. INFORME DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2016

El pasado mes de febrero se presentó al Departamento Administrativo de la Función Pública el Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno Institucional de la vigencia fiscal 2016, en el marco del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI 1000:2014, adoptado mediante el Decreto 943 de 2014. Dicho informe se compone de encuestas realizadas a través del aplicativo dispuestos por el DAFP, formulario Único de reporte de avance a la Gestión. Dicho informe fue radicado a su despacho mediante Oficio OCI 032, radicado institucional 0254 de fecha 23 de febrero de 2017.

El Departamento Administrativo de la Función Pública, mediante el aplicativo mencionado anteriormente, informó el resultado del Informe Ejecutivo Anual de Control Interno para la vigencia 2016, en el cual el IMRDS arrojó un **INDICADOR DE MADUREZ DEL MECI de 65.31%, ENCONTRÁNDOSE EN UN NIVEL SATISFACTORIO.** A continuación se presenta el análisis y el resultado de la calificación de acuerdo a los factores evaluados.

La evaluación contempló cinco (5) factores así: Entorno de Control, Información y Comunicación, Direccionamiento Estratégico, Administración del Riesgo y Seguimiento, expresados en puntajes entre 1 y 5. A partir de dichos factores la entidad obtendrán un porcentaje final de madurez, expresado entre 0 y 100%.

1. **INDICADOR DE MADUREZ:** Permite identificar el estado de desarrollo y fortalecimiento de los componentes del Modelo Estándar de Control Interno MECI, orientando a las entidades hacia aquellos aspectos que requieren mayor atención o acciones para su mejora.

Durante la vigencia 2016, el INDICADOR DE MADUREZ DEL MECI arrojó un resultado de 65.31%, ENCONTRÁNDOSE EN UN NIVEL SATISFACTORIO. La Entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos. La Política de Riesgos es conocida y aplicada por todos los procesos. Se cuenta con mapas de riesgos por proceso y el institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos.

19

2. **FACTOR ENTORNO DE CONTROL:** Analiza los aspectos básicos que facilitarán la implantación del modelo de control, como son: el compromiso de la Alta Dirección, los lineamientos éticos, las políticas para Desarrollo del Talento Humano y aquellos lineamientos básicos para el Direccionamiento Estratégico de la entidad (misión, visión y objetivos institucionales).

El factor entorno de control arrojó un resultado de 2.45 ubicándose en un nivel básico. El modelo a este nivel debería permitir:

- ✓ Sostener un Equipo de Trabajo Institucional con diferentes niveles de autoridad y funciones claramente establecidas frente al Control Interno. (Equipo MECI).
- ✓ Tener planificados los procesos necesarios para la ejecución de las funciones de la entidad, mediante el diseño de caracterizaciones de procesos.
- ✓ Utilizar la misión y la visión, como instrumentos de gestión, mediante los cuales se establecen los objetivos institucionales requeridos para la orientación de la planeación.
- ✓ Apropiar una cultura organizacional y del código de ética.
- ✓ Utilizar el manual de funciones y competencias laborales actualizado de acuerdo a la normatividad vigente, para el seguimiento a la gestión de los servidores.
- ✓ Valerse del Comité de Coordinación de Control Interno como elemento para la evaluación y seguimiento.
- ✓ Contar con lineamientos básicos para el desarrollo de los servidores, mediante los programas de bienestar, inducción, re-inducción, planes de incentivos y el plan institucional de formación y capacitación. (En aquellas entidades donde no apliquen los lineamientos normativos relacionados con estos elementos, se entenderán como aplicados otros mecanismos para la Gestión del Talento Humano).
- ✓ Tener definida una política y un plan de comunicaciones.
- ✓ Tener una Alta Dirección comprometida con el fortalecimiento de la cultura organizacional, la misión y la visión de la entidad, los principios y los valores, así como del cumplimiento del documento ético.
- ✓ Conocer el Régimen de Contabilidad Pública y aplicarlo ocasionalmente
- ✓ Considerar para el diseño y estructuración de los procesos, la estructura organizacional.

- 3. FACTOR INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:** Analiza los aspectos requeridos para el manejo de la información tanto interna como externa, entre ellos la identificación básica de usuarios (internos y 2 externos), fuentes de información, los mecanismos y sistemas de información que permiten su gestión. Así mismo se verifican los lineamientos relacionados con la política de transparencia y Rendición de cuentas.

El factor información y comunicación arrojó un resultado de 3.28 ubicándose en un nivel intermedio. El modelo a este nivel debería permitir:

- ✓ Aplicar los lineamientos establecidos en la normatividad vigente, relacionados con la atención al ciudadano.
- ✓ Contar con un sistema de información para la captura, procesamiento, almacenamiento y difusión de la información.
- ✓ Poseer mecanismos para la recolección de sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas (ciudadanía, proveedores, entes de control, entre otros), pero que aún requieren mejoras a fin de lograr la recepción, clasificación y distribución, así como un seguimiento a las respuestas y la trazabilidad de la información.
- ✓ Contar con canales de comunicación externos (por ejemplo sitio Web, redes sociales, radio, televisión, entre otros), que consideren los lineamientos establecidos en la normatividad aplicable.
- ✓ Contar con un Comité Interno de Archivo o CIDA (en entidades del orden nacional) que como mínimo se encargue de temas relacionados con TRD, TVD, PGD, PINAR y Política de Gestión Documental
- ✓ Aplicar los lineamientos normativos para la gestión documental. (Contar con Tablas de Retención Documental).
- ✓ Utilizar los mecanismos de recolección de información de las sugerencias o recomendaciones por parte de los servidores públicos, para su análisis en pro de una mejora a los procesos.
- ✓ Presentar de manera oportuna los estados, informes y reportes contables requeridos por la normatividad vigente.
- ✓ Contar con una estrategia de comunicación interna y externa (que incluye política, plan y canales de comunicación) que permite el flujo de información entre sus diferentes niveles y áreas.
- ✓ Identificar los ajustes institucionales necesarios para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.
- ✓ Realiza la transferencia de archivos y la disposición de documentos según lo establecido por norma.

- 4. FACTOR DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:** Analiza el modelo de operación por procesos en toda su complejidad (análisis de necesidades de usuarios, procedimientos, indicadores, acciones correctivas y preventivas), como base fundamental para el desarrollo de los planes, programas y proyectos de la entidad.

El factor Direccionamiento Estratégico arrojó un resultado de 3.84 ubicándose en un nivel satisfactorio. El modelo a este nivel debería permitir

- ✓ Validar los procesos y procedimientos con respecto a la información suministrada por la ciudadanía y/o partes interesadas en cuanto a las necesidades y prioridades en la prestación del servicio.
- ✓ Validar los procesos y procedimientos con respecto a la opinión externa sobre la gestión de la entidad.
- ✓ Realizar el cargue de información asociada a los respectivos indicadores diseñados.
- ✓ Analizar los resultados obtenidos a partir de los indicadores.
- ✓ Divulgar los cambios a los procesos y procedimientos a los interesados.
- ✓ Mantener actualizado el mapa de procesos de acuerdo con los cambios y mejoras realizadas a las caracterizaciones de los procesos.
- ✓ Contar con un proceso contable adecuadamente estructurado y documentado (caracterización), teniendo en cuenta la regulación contable y la política institucional y que garantice la generación de información financiera con adecuados niveles de calidad, identificando los productos de los demás procesos que se constituyen en insumos del proceso contable
- ✓ Tener individualizados en la contabilidad los bienes, derechos y obligaciones
- ✓ Mantener actualizado el Manual de Operaciones (o de procesos y procedimientos) de acuerdo con los cambios y mejoras realizadas a los procesos.
- ✓ Realizar el seguimiento a la planeación institucional frente al cumplimiento del cronograma y las metas asociadas.
- ✓ Contar con un Mapa de procesos que se revisa y actualiza de acuerdo a los cambios del entorno, normativos u otros aspectos relevantes para el desarrollo de las funciones de la entidad.

5. FACTOR ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO: Analiza cada uno de los elementos que desarrollan y facilitan la gestión del riesgo en todos los niveles de la entidad.

El factor Administración del Riesgo arrojó un resultado de 4.68 ubicándose en un nivel satisfactorio. El modelo a este nivel debería permitir

- ✓ Incluir en la Política de Administración del Riesgo, los niveles de aceptación o tolerancia al riesgo, los niveles para calificar el impacto en los procesos.
- ✓ Determinar en la Política de Administración del Riesgo, claramente los responsables del monitoreo y seguimiento a los mapas de riesgos.
- ✓ Establecer en la Política de Administración del Riesgo, la periodicidad del seguimiento, de acuerdo a los niveles de riesgo residual.
- ✓ Contar con mapas de riesgos por procesos de acuerdo a los lineamientos de la Política de Administración del Riesgo, incluyendo los asociados a posibles actos de corrupción.
- ✓ Contar con mecanismos de control y seguimiento que permitan la administración de los riesgos en la Entidad.
- ✓ Contar con un mapa de riesgos institucional que consolide aquellos riesgos identificados como críticos para el normal desarrollo de las operaciones de la Entidad.
- ✓ Identificar los riesgos de índole contable, los gestiona y monitorea eventualmente

6. FACTOR SEGUIMIENTO: Analiza los procesos de evaluación y seguimiento implementados por la entidad. Incluye el seguimiento realizado por parte de los líderes de los procesos, la evaluación

independiente realizada por parte de la Oficina de Control Interno y los procesos auditores llevados a cabo por parte de los organismos de control. Se evalúa la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento (institucional, por procesos e individual

El factor Seguimiento arrojó un resultado de 3.81 ubicándose en un nivel satisfactorio. El modelo a este nivel debería permitir:

- ✓ Ejecutar de manera correcta (cumpliendo plazos, objetivos y alcances) el Programa Anual de Auditorías.
- ✓ Determinar e implementar acciones correctivas y/o preventivas a los procesos, con base en el análisis de la información recibida de forma interna y externa.
- ✓ Formalizar el Plan de Mejoramiento Institucional, identificando las acciones que mejoren sustancialmente el desempeño de la entidad y resuelvan los hallazgos encontrados por los organismos de control.
- ✓ Formalizar el Plan de Mejoramiento por Procesos, dando lineamientos claros sobre mecanismos de contingencia en caso de presentarse fallas en el desarrollo de los procesos e identificando acciones que permitan superar estas fallas.
- ✓ Formalizar el Plan de Mejoramiento Individual, permitiendo el continuo conocimiento del desempeño individual de los servidores

CONSOLIDADO RESULTADOS MECI IMRDS VIGENCIA 2016

| FACTOR | PUNTAJE | NIVEL |
|------------------------------|---------|---------------|
| Entorno de Control | 2.45 | BÁSICO |
| Información y Comunicación | 3.28 | INTERMEDIO |
| Direccionamiento Estratégico | 3.84 | SATISFACTORIO |
| Administración del Riesgo | 4.68 | SATISFACTORIO |
| Seguimiento | 3.81 | SATISFACTORIO |

Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte de Soacha

4.3. SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO

En cumplimiento del decreto 2641 de Diciembre de 2012, "por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la ley 1712 de 2014 y 1474 de 2011", el Decreto 124 de 2016, en el sentido de que la Entidad elaborará el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Institucional correspondiente a la vigencia 2016, el Decreto 648 de 2017, y atendiendo las directrices dadas por el DAFP y MINTICS, reflejadas en las cartillas "Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano versión 2 y Guía para la gestión del Riesgo de Corrupción" el IMRDS realizó adopción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la vigencia 2017 mediante Resolución No. 06, a continuación se expone los aspectos más relevantes, producto del seguimiento realizado por esta Oficina a la ejecución del Plan anticorrupción y Atención al Ciudadano a 31 de Agosto de 2017.

CONSOLIDADO EJECUCIÓN DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO POR PARTE DEL IMRDS A 31 DE AGOSTO DE 2017.



| FECHA DE CORTE DE SEGUIMIENTO: | SEGUIMIENTO 1 OCI | | | | SEGUIMIENTO 2 OCI | | | |
|--|-------------------|------------|------------|------------------|-------------------|------------|------------|------------------|
| | ABRIL 30 DE 2017 | | | | AGOSTO 31 DE 2017 | | | |
| COMPONENTE | ACT. PROG. | ACT. CUMP. | % AV. | OBSERVACIONES | ACT. PROG. | ACT. CUMP. | % AV. | OBSERVACIONES |
| GESTION DEL RIESGO DE CORRUPCION | 1 | 1 | 100% | ZONA ALTA | 3 | 2 | 67% | ZONA MEDIA |
| RACIONALIZACION DE TRAMITES | 0 | 0 | | | 0 | 0 | | |
| RENDICION DE CUENTAS | 4 | 4 | 100% | ZONA ALTA | 8 | 8 | 100% | ZONA ALTA |
| MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCION AL CIUDADANO | 7 | 6 | 86% | ZONA MEDIA | 6 | 6 | 100% | ZONA ALTA |
| MECANISMOS PARA LA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA | 4 | 4 | 100% | ZONA ALTA | 4 | 2 | 50% | ZONA BAJA |
| INICIATIVAS ADICIONALES | 2 | 1 | 50% | ZONA ALTA | 4 | 3 | 75% | ZONA MEDIA |
| CUMPLIMIENTO DEL PLAN | 18 | 16 | 89% | ZONA ALTA | 25 | 21 | 84% | ZONA ALTA |

| NIVEL DE CUMPLIMIENTO | | |
|-----------------------|------------|--|
| 0 - 59% | ZONA BAJA | |
| 60 - 79% | ZONA MEDIA | |
| 80 - 100% | ZONA ALTA | |

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Producto de este seguimiento se puede concluir que el IMRDS, y de acuerdo a las actividades programadas se presentó una ejecución de 72% ubicándose en una zona media de cumplimiento.

En términos generales se recomienda realizar las actividades que se encontraban programadas para el periodo comprendido entre el 1 de mayo y el 31 de agosto del presente año y que de acuerdo al seguimiento de esta oficina, no se observaron soportes ni evidencias que soportaran la ejecución de las mismas.

Continuar con la ejecución del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano de manera efectiva y oportuna, teniendo en cuenta el nivel de cumplimiento reflejado en el presente informe.

4.4. INFORME DE DERECHOS DE AUTOR

En cumplimiento de La Directiva presidencial 01 de 1999, la Directiva Presidencial 02 de 2002, Circular 04 del 22 de diciembre de 2006, Circular 12 del 02 de febrero de 2007, Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor, Ley 44 de 1993, se realizó presentación del informe de derechos de autor de la siguiente manera:

1. ¿Con cuántos equipos cuenta la entidad? Realizar relación incluyendo marca, número de serie, descripción física del equipo y ubicación.

2. ¿El software instalado en estos equipos se encuentra debidamente licenciado?. Realizar relación del software (sistema operativo y software ofimático), incluyendo el número de licencia y cantidad de licencias usadas en la Institución.

SI

3. ¿Qué mecanismos de control se han implementado para evitar que los usuarios instalen programas o aplicativos que no cuenten con la licencia respectiva?

Los equipos cuentan con inicios de sesión limitadas, evitando que el usuario final pueda realizar modificaciones, instalaciones o desinstalaciones de software sin la validación de un usuario administrador.

4. ¿Cuál es el destino final que se le da al software dado de baja en su entidad?

El software con el que cuenta el instituto no será dado de baja ya que al momento de ser obsoleto el equipo de cómputo lo que se hará es el cambio o traslado de ese software a otro Equipo.

4.9. INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento del artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 y artículo 6 del Decreto 648 de 2017, de conformidad con los componentes y elementos adoptados por la actualización el Modelo Estándar reglamentado mediante el Decreto 943 de 2014, y el cual se implementó de acuerdo al manual técnico que hace parte integral del decreto en mención, la Oficina de Control Interno público en la página web de la entidad un informe pormenorizado del Sistema de Control Interno en Abril 7, Agosto 9 y Diciembre 7 de 2017. A continuación se relacionan las recomendaciones emitidas por esta Oficina en el informe de Diciembre de 2017 de la siguiente manera:

RECOMENDACIONES

En cumplimiento del rol de acompañamiento y asesoría, la Oficina de Control Interno se permite efectuar, de la manera más atenta, las siguientes recomendaciones con el propósito de fortalecer el ejercicio del Control Interno en las actividades Institucionales para garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones y la adherencia de las mismas a las normas constitucionales y legales vigentes:

- Realizar revisión del Código de Ética y Buen Gobierno que fue adoptado mediante Resolución No. 204 de 2015, teniendo en cuenta el plan de desarrollo suscrito Juntos Formando Ciudad, y el cambio de normatividad como por ejemplo la rendición de cuentas que realiza la entidad al SIA Observa.
- Se recomienda realizar seguimiento al cumplimiento del Código de Ética institucional por parte de los diferentes servidores públicos.
- Realizar sesiones del comité de convivencia de acuerdo a lo estipulado en el acto administrativo y realizar verificación periódica del correo electrónico con el fin de verificar las existencias de quejas y/o denuncias.
- Continuar con la ejecución del Plan Institucional de Capacitación y realizar las capacitaciones identificadas como no realizadas.
- Se debe realizar un proceso reinducción a nivel general socializando entre otras cosas, la actualización del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2014 en el Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte de Soacha. Cambios en información organizacional y normativa. Es pertinente mencionar que los procesos de reinducción se realizan con el fin de reforzar y actualizar los conocimientos de los

funcionarios de la Entidad. Para esto se recomienda elaborar el programa de reintegración acorde a lo establecido en el Manual de Procesos y Procedimientos Institucional.

- Continuar con la ejecución del Plan de Bienestar e incentivos de la vigencia 2017.
- Continuar con los seguimientos trimestrales y realizar la evaluación de desempeño de los funcionarios de carrera administrativa de conformidad con lo establecido el Acuerdo No. 565 de 2016 de la comisión Nacional del Servicio Civil y la Resolución No. 027 de 2017.
- Continuar con la ejecución presentada a las metas del plan de desarrollo Juntos Formando Ciudad.
- Continuar con la ejecución del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano para la vigencia 2017 y su respectiva socialización.
- Continuar ejecución del Plan Anual de Trabajo del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Continuar con la ejecución del plan de mantenimiento de los escenarios adoptados para la vigencia 2017 y realizar el informe solicitado en el acto administrativo.
- Continuar con la ejecución del plan operativo para la implementación de las normas internacionales de contabilidad para el sector público de acuerdo con las orientaciones del gobierno nacional y la contaduría General de la Nación.
- Continuar con el seguimiento semestral a la ejecución de los acuerdos de gestión en concordancia con lo estipulado en el artículo 107 del Decreto 1227 de 2005 y lo establecido en la Guía Metodológica del Rendimiento de los Gerentes Públicos emitida por el DAFP.
- Con respecto a la encuesta de satisfacción del cliente externo, se recomienda que la muestra de encuestados seleccionada sea significativa teniendo en cuenta el volumen de beneficiarios en los diferentes programas deportivos, y que esta sea insumo para el análisis y la toma de decisiones, en términos de satisfacción del usuario. Adicionalmente se recomienda se consolide y se obtenga un resultado a nivel institucional de la satisfacción del usuario, de todas las estrategias de desarrollo de la Entidad.
- Identificar por cada proceso institucional los indicadores de gestión que permitan la toma de decisiones gerenciales y la detección de desviaciones a nivel de gestión y permitir la medición en términos de eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión realizada por cada proceso.
- Realizar resocialización de las caracterizaciones de los procesos y del manual de procedimientos institucional.
- Por parte de los líderes de los procesos continuar seguimiento a la ejecución de los controles descritos en la matriz de riesgo operacional y de corrupción institucional.
- Por parte de la Subdirección Deportiva, continuar con las autoevaluaciones referidas en el presente informe; desde la Subdirección Administrativa realizar reuniones internas de autoevaluación y documentarlas en acta.
- Continuar con la ejecución del plan anual de auditorías aprobado por el Comité Coordinador de Control interno.
- Realizar aplicación de las acciones correctivas instauradas en el Plan de Mejoramiento producto de la Auditoria Regular vigencia 2016, realizada por la Contraloría Municipal de Soacha, en términos de cumplimiento y efectividad.
- Continuar con el proceso de aprobación y aplicación de las Tablas de Retención Documental.
- Realizar estandarización y/o aplicación de los formatos establecidos en la Resolución No. 207 de 2015 y a nivel general iniciar con el control documental de los formatos, procedimientos y demás documentos que se utilizan a nivel institucional.
- Realizar las gestiones a que hayan a lugar con el fin de continuar con el cumplimiento de la normatividad relacionada con Sistema de Gestión Documental. Adicionalmente se sugiere continuar con los procesos

y/o actividades a que hayan a lugar con el fin de realizar cumplimiento a nivel institucional de la normatividad y procedimientos institucionales en materia de archivo. Adicionalmente se recomienda establecer mecanismos de control estandarizados institucionalmente con el fin de llevar control y administración del archivo de gestión de la Entidad, se recomienda realizar revisión, capacitación y socialización de las resoluciones 203, 206 y 207 de 2015,

- Realizar sesión del Comité de Seguridad de Información que trata la Resolución No. 201 de 2015, teniendo en cuenta las funciones allí descritas.
- Continuar con el desarrollo de la Intranet, y utilizar dicha herramienta para la difusión del manual de procesos y procedimientos, formatos institucionales, los cuales se pueden condensar en un listado maestro de Documentos a través de códigos y versiones documentales que trata el Sistema de Gestión de Calidad. Se recomienda que en dicho portal se realice publicación de toda la documentación soporte del Sistema de Control Interno Institucional.

26

4.10. SEGUIMIENTO FUNCIÓN DE ADVERTENCIA No. 02 de 2013

Teniendo en cuenta lo estipulado en los artículos 267 y 268 de la Constitución Política y el artículo 5 Decreto 267 de 2000, a las contralorías se les faculta para emitir funciones de Advertencia, constituidas como observaciones dadas por el ente de control, con el fin que las instituciones tomaran acciones oportunas para minimizar el riesgo de detrimento patrimonial y prevenir que los funcionarios públicos incurran en conductas que puedan dar en un momento dado, la iniciación de procesos de responsabilidad fiscal, penal, disciplinarios y/ administrativos fiscales.

Por tal motivo, la Contraloría Municipal de Soacha durante el año 2013, emitió la Función de Advertencia No. 02 en la cual refiere temas relacionados con mantenimiento de Parques y Escenarios Deportivos.

Sin embargo la sentencia C – 103 del 11 de marzo de 2015, declaro inexecutable el numeral 7 del artículo 5 del decreto 267, por lo que los entes de control fiscal no tienen competencia para emitir las denominadas funciones de advertencia; sin embargo no aclaro el procedimiento a seguir con las funciones de advertencia el que se encontraban vigentes en el momento de la expedición de dicha sentencia.

Por esta razón, la Alcaldía Municipal de Soacha emitió memorando 536 del 2 de junio de 2015, a lo cual aclara que las funciones de advertencias vigentes, gozan de presunción de legalidad, por ello y con el fin de evitar cualquier afectación al patrimonio municipal que pueda derivarse de las advertencias que en su momento formulo el ente de control fiscal y atendiendo a la importancia del control que le corresponde ejercer a la oficina de Control Interno, dicha dependencia se encargara de evaluar las funciones de advertencia que fueron emitidas por la Contraloría Municipal de Soacha desde el año 2012 a la fecha y que se encuentren vigentes (sin orden de cierre).

La función de advertencia No. 02 de 2013, se argumenta de las visitas realizadas por ese ente de control durante la vigencia 2012, a los diferentes escenarios deportivos del municipio y algunos parques urbanos y rurales.

La Oficina de Control Interno con el fin de dar cumplimiento al seguimiento delegado a dicha función de advertencia, presento informes de seguimiento durante el mes de Febrero, Abril, Junio, Agosto, Octubre y Diciembre de 2017, a la Dirección del IMRDS, en el cual se refleja el cierre de algunos hechos descritos en la

función de advertencia, ya que se considera que las acciones tomadas por la administración, subsanaron la falencia evidenciada por el Ente de control.

4.11. SEGUIMIENTO CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA VIGENCIA 2015.

La Oficina de Control Interno en cumplimiento a lo estipulado en el ARTICULO DECIMO PRIMERO DE LA resolución CMS 080 de 2016, en donde profesa que "... el representante legal o el jefe de la entidad y el jefe de control interno y/o quien haga sus veces, remitirán los informes de avance del cumplimiento del plan de mejoramiento acompañado de las evidencias pertinentes con periodicidad semestral a más tardar dentro de los quince días hábiles siguientes al semestre vencido, mediante radicación en las instalaciones del Contraloría Municipal de Soacha dentro del horario de atención al público. Parágrafo: Las oficinas de control interno deberán remitir junto con el informe de avance del plan de mejoramiento un informe ejecutivo sobre las actuaciones que haya desplegado para el seguimiento y examen del cumplimiento de los planes de mejoramiento indicando los resultados de las mismas..". , la Oficina de Control Interno presento informe de avances el 31 de enero y 31 de Julio de la presente vigencia, el cual fue evaluado por el ente de control durante el proceso auditor de la vigencia 2016, obteniendo el siguiente resultado

27

RESULTADO SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO

| TABLA 1-6 <u>PLAN DE MEJORAMIENTO</u> | | | |
|--|----------------------|-------------|-------------------|
| VARIABLES A EVALUAR | Calificación Parcial | Ponderación | Puntaje Atribuido |
| Cumplimiento del Plan de Mejoramiento | 90,9 | 0,20 | 18,2 |
| Efectividad de las acciones | 77,3 | 0,80 | 61,8 |
| CUMPLIMIENTO PLAN DE MEJORAMIENTO | | 1,00 | 80,0 |

| Calificación | |
|---------------------|---|
| Cumple | 2 |
| Cumple Parcialmente | 1 |
| No Cumple | 0 |

Cumple

Este ente de control, determina el Cumplimiento del Plan de Mejoramiento con una calificación de 80 puntos, por cuanto se constató en el trabajo de campo que con las acciones de mejora se dio cumplimiento, atendiendo así las observaciones efectuadas por este ente de control, por lo que se estima que acciones correctivas resultaron eficaces y efectivas.

Adicionalmente producto de la Auditoria regular con enfoque integral correspondiente a la vigencia 2016, el IMRDS realizo la presentación del plan de mejoramiento el cual se declaró conformidad por parte de ese ente de control. Se debe tener en cuenta que el plan se compone de 18 observaciones y se instauraron acciones correctivas que se implementaran con el propósito de subsanar a nivel administrativo las situaciones evidenciadas como deficiencias en el Informe Final de Auditoría Regular Vigencia 2016.

4.12. AUDITORIA REGULAR CON ENFOQUE INTEGRAL CONTRALORIA MUNICIPAL DE SOACHA VIGENCIA 2016 PAD 2017.

De acuerdo a las directrices de la Dirección del Instituto, la Oficina de Control Interno, fue la delegada para ejercer el canal de comunicación entre el IMRDS y el ente de control durante los meses de Agosto y Septiembre de 2017, para el desarrollo de la auditoria Gubernamental con Enfoque Integral Modalidad Regular vigencia 2016.

Producto de este informe, el concepto de fenecimiento fue:

Con base en la calificación total de **93.1** puntos, sobre la Evaluación de Gestión y Resultados, la Contraloría Municipal de Soacha **FENECE** la cuenta del Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte de Soacha para la vigencia Fiscal correspondiente al año 2016.

| MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN FISCAL INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE SOACHA VIGENCIA 2016 - PGA 2017 | | | |
|--|----------------------|-------------|--------------------|
| Componente | Calificación Parcial | Ponderación | Calificación Total |
| <u>1. Control de Gestión</u> | 94,1 | 0,5 | 47,1 |
| <u>2. Control de Resultados</u> | 86,8 | 0,3 | 26,0 |
| <u>3. Control Financiero</u> | 100,0 | 0,2 | 20,0 |
| Calificación total | | 1,00 | 93,1 |
| Fenecimiento | FENECE | | |
| Concepto de la Gestión Fiscal | FAVORABLE | | |

| RANGOS DE CALIFICACIÓN PARA EL FENECIMIENTO | |
|---|------------------|
| Rango | Concepto |
| 80 o más puntos | FENECE |
| Menos de 80 puntos | NO FENECE |

| RANGO DE CALIFICACIÓN PARA EL CONCEPTO DE LA GESTIÓN FISCAL | |
|---|---------------------|
| Rango | Concepto |
| 80 o más puntos | FAVORABLE |
| Menos de 80 puntos | DESFAVORABLE |

Los fundamentos de este pronunciamiento se presentan a continuación:

CONTROL DE GESTIÓN

La Contraloría Municipal como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que el concepto del Control de Gestión, es **Favorable**, como consecuencia de la calificación de **94.1** puntos, resultante de ponderar los factores que se relacionan a continuación:

EVALUACIÓN FACTORES

| TABLA 1 CONTROL DE GESTIÓN INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE SOACHA VIGENCIA 2016 - PGA 2017 | | | |
|--|----------------------|-------------|--------------------|
| Factores | Calificación Parcial | Ponderación | Calificación Total |
| 1. Gestión Contractual | 99,0 | 0,71 | 69,9 |
| 2. Rendición y Revisión de la Cuenta | 90,0 | 0,02 | 2,0 |
| 3. Legalidad | 63,1 | 0,05 | 3,4 |
| 4. Gestión Ambiental | 0,0 | 0,00 | 0,0 |
| 5. Tecnologías de la comunica. y la inform. (TICS) | 0,0 | 0,00 | 0,0 |
| 6. Plan de Mejoramiento | 80,0 | 0,11 | 8,7 |
| 7. Control Fiscal Interno | 92,9 | 0,11 | 10,1 |
| Calificación total | | 1,00 | 94,1 |
| Concepto de Gestión a emitir | Favorable | | |
| RANGOS DE CALIFICACIÓN PARA EL CONCEPTO DE GESTIÓN | | | |
| Rango | Concepto | | |
| 80 o más puntos | Favorable | | |
| Menos de 80 puntos | Desfavorable | | |

29

CONTROL DE RESULTADOS

La Contraloría Municipal de Soacha como resultado de la auditoría efectuada, conceptúa que el concepto de Control de Resultados, es **Favorable**, como consecuencia de la calificación de **86.8** puntos, resultante de ponderar el factor que se relaciona a continuación.

| TABLA 2 CONTROL DE RESULTADOS INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE SOACHA VIGENCIA 2016 - PGA 2017 | | | |
|---|----------------------|-------------|--------------------|
| Factores mínimos | Calificación Parcial | Ponderación | Calificación Total |
| 1. Cumplimiento Planes Programas y Proyectos | 86,8 | 1,00 | 86,8 |
| Calificación total | | 1,00 | 86,8 |
| Concepto de Gestión de Resultados | Favorable | | |
| RANGOS DE CALIFICACIÓN PARA EL CONCEPTO DE RESULTADOS | | | |
| Rango | Concepto | | |
| 80 o más puntos | Favorable | | |
| Menos de 80 puntos | Desfavorable | | |

CONTROL FINANCIERO Y PRESUPUESTAL

La Contraloría Municipal de Soacha, como resultado de la auditoría adelantada, conceptúa que el Control Financiero y Presupuestal, es **Favorable**, como consecuencia de la calificación de **100.0** puntos, resultante de ponderar los factores que se relacionan a continuación:

| TABLA 3 | | | |
|---|----------------------|-------------|--------------------|
| CONTROL FINANCIERO Y PRESUPUESTAL | | | |
| INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE SOACHA | | | |
| VIGENCIA 2016 - PGA 2017 | | | |
| Factores mínimos | Calificación Parcial | Ponderación | Calificación Total |
| 1. Estados Contables | 100,0 | 0,70 | 70,0 |
| 2. Gestión presupuestal | 100,0 | 0,10 | 10,0 |
| 3. Gestión financiera | 100,0 | 0,20 | 20,0 |
| Calificación total | | 1,00 | 100,0 |
| Concepto de Gestión Financiero y Pptal | Favorable | | |
| RANGOS DE CALIFICACIÓN PARA EL CONCEPTO FINANCIERO | | | |
| Rango | Concepto | | |
| 80 o más puntos | Favorable | | |
| Menos de 80 puntos | Desfavorable | | |

OPINIÓN SOBRE LOS ESTADOS CONTABLES

Los Estados Financieros del Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte de Soacha para la vigencia 2016, presentan **RAZONABLEMENTE** la situación financiera a 31 de diciembre de 2016, así como los Resultados de las Operaciones por el año terminado en esa fecha, de conformidad con los principios y normas prescritas por las autoridades competentes y los principios de contabilidad generalmente aceptados en Colombia o prescritos por la Contaduría General de la Nación, atendiendo los criterios aplicados por la CMS y en consideración a que la suma de los errores o inconsistencias son inferiores al 10% del total de los activos revelados, se emite un **DICTAMEN SIN SALVEDADES**.

No obstante, es importante aclarar que la calificación de 100 puntos arrojada por la matriz de evaluación, no es sinónimo de perfección de los Estados Contables, toda vez que estos presentan inconsistencias que no son objeto de calificación y serán reflejadas en el desarrollo del presente informe.

- 4.13. CUMPLIMIENTO Decreto 1499 de 2017 y Circular externa 100- 09 – 2017 – DILIGENCIAMIENTO LÍNEA BASE MIPG EN EL APLICATIVO FURAG II EMANADA POR EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

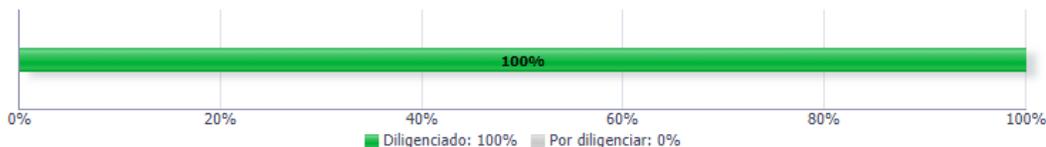
CONSOLIDADO DE PREGUNTAS RESPONDIDAS

Reporte de avance en diligenciamiento

Institución: **INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE DE SOACHA**
Formulario: - Gestión basada en evidencias -

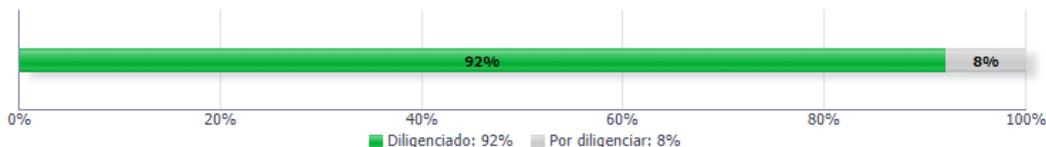
DIRECCIONAMIENTO Y PLANEACIÓN

Preguntas: 11
Respondidas: 11
No respondidas: 0
Avance: 100 %



GESTIÓN CON VALORES

Preguntas: 102
Respondidas: 94
No respondidas: 8
Avance: 92 %



EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Preguntas: 7
Respondidas: 7
No respondidas: 0
Avance: 100 %



TALENTO HUMANO

Preguntas: 27
Respondidas: 25
No respondidas: 2
Avance: 93 %



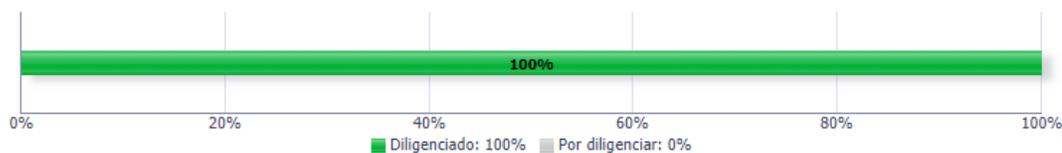
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Preguntas: 4
Respondidas: 4
No respondidas: 0
Avance: 100 %



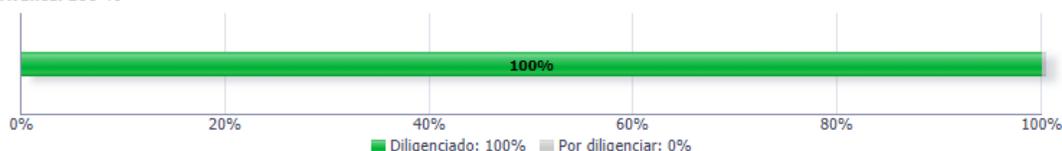
INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Preguntas: 29
Respondidas: 29
No respondidas: 0
Avance: 100 %



CONTROL INTERNO

Preguntas: 20
Respondidas: 20
No respondidas: 0
Avance: 100 %



32

4.14. INFORME DE QUEJAS Y RECLAMOS I SEMESTRE DE 2017

Teniendo en cuenta el artículo 16 del Decreto 648 de 2017 y el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, en donde se argumenta que “...La oficina de control interno deberá vigilar que la atención se preste de acuerdo con las normas legales vigentes y rendirá a la administración de la entidad un informe semestral sobre el particular. En la página web principal de toda entidad pública deberá existir un link de quejas, sugerencias y reclamos de fácil acceso para que los ciudadanos realicen sus comentarios”, a continuación se relaciona las conclusiones y recomendaciones realizadas producto del seguimiento realizado para el primer semestre de 2017 de la siguiente manera:

En términos generales se evidenció un mejoramiento del proceso de atención al usuario en lo referente a las peticiones quejas y reclamos interpuestos por la comunidad, de acuerdo a lo relacionado en este informe.

RECOMENDACIONES

En cumplimiento del rol de acompañamiento y asesoría, la Oficina de Control Interno se permite efectuar, de la manera más atenta, las siguientes recomendaciones con el propósito de fortalecer el ejercicio del Control Interno en las actividades referentes a las Peticiones quejas Reclamos Sugerencias y de Atención al Ciudadano, para garantizar la eficiencia y eficacia de las operaciones y la adherencia de las mismas a las normas constitucionales y legales vigentes:

- Realizar respuesta a todas las peticiones, quejas y reclamos instaurados por los Usuarios a nivel físico, digital y/o verbal en la Entidad.
- Realizar capacitaciones de manera periódica del manual de PQRS institucional y de la ley 1755 de 2015.
- Realizar socialización a nivel institucional (principalmente a las áreas misionales), de la Resolución No. 125 de 2016, por la cual se adopta la Política de servicio al ciudadano en el IMRDS.

- Continuar con el mejoramiento presentado en el proceso y evidenciado en el presente informe.
- Realizar una estandarización de formatos en el proceso de respuestas de quejas y reclamos más específicamente en el registro de respuesta vía llamada telefónica y/o verbal.
- En los casos en que la petición sea resuelta directamente con la prestación de la actividad, es necesario que en el informe de actividades realizados, se especifique que dicho evento se realizó teniendo en cuenta la petición realizada a la Institución, especificando el número de radicado institucional y remitir dicho informe a la Secretaria de la Dirección. Para esto se recomienda el diseño de un formato que sea transversal y utilizado por todos los procesos, con el fin de identificar la gestión realizada, fecha, hora, respuesta de fondo y conocimiento del peticionario de dicha respuesta.
- Realizar seguimiento y control de las atenciones verbales realizada por los Subdirectores y Coordinadores de Programas y/o procesos.
- Generar los mecanismos de control a que haya a lugar con el fin de identificar y realizar seguimiento a las peticiones verbales instauradas por los diferentes usuarios en el IMRDS. Se recomienda que dichos requerimientos sean incluidos en la herramienta de control diseñada anteriormente.
- Realizar inclusión en la herramienta de control y efectuar control sobre las peticiones quejas y reclamos instauradas verbalmente y vía telefónica y buzones de la Entidad.
- Solucionar las deficiencias presentadas en el diligenciamiento del formato instaurado para aumentar la efectividad de la herramienta de control.
- Se recomienda que cuando la petición tenga relacionada la dirección física y/o electrónica en lo posible se de preferencia a la respuesta dada por estos medios.
- Realizar radicación de las peticiones, quejas y reclamos instaurada mediante correo electrónico y buzones de sugerencias.
- Realizar cumplimiento de lo estipulado en la Ley 1755 de 2015, manual de peticiones quejas y reclamos institucional y la normatividad relacionada con la petición verbal.
- Realizar verificación de las direcciones electrónicas con el fin de disminuir el riesgo de no respuesta a las peticiones quejas y reclamos de forma oportuna.
- Realizar publicación de la herramienta de control institucional de peticiones quejas y reclamos de forma semestral.
- Realizar respuesta oportuna de los requerimientos instaurados por correo electrónico y/o página web en el IMRDS, e instaurar el respectivo control y seguimiento, realizando verificación en el momento de digitar el correo electrónico del peticionario.
- Se recomienda implementar los controles internos a que haya a lugar con el fin de responder de manera oportuna los diferentes requerimientos realizados por la comunidad y así dar cumplimiento de lo estipulado en el artículo 14 y 30 de la ley 1755 de 2015 Términos para resolver las distintas modalidades de petición. En el caso de tener algún tipo de dificultad para realizar dicho cumplimiento implementar respuestas parciales en donde se especifique la fecha de respuesta definitiva, especificando la razón por la cual no se logra responder de fondo, implementando los controles internos para su respectivo seguimiento.
- Incluir dentro de la herramienta de control las solicitudes de certificaciones laborales y de contratos de prestación de servicios, ya que se evidencio que algunas corresponden a exfuncionarios y/o excontratistas que ya no hacen parte de la Entidad. Adicionalmente la generación de estas certificaciones se encuentra identificado como un servicio institucional.
- En el caso de las respuestas a los requerimientos en los cuales se desconoce los datos de envío al peticionario, se recomienda tener en cuenta lo estipulado en el artículo 69 de la ley 1437 de 2011 el cual profesa: Artículo 69. Notificación por aviso. "... Cuando se desconozca la información sobre el destinatario, el aviso, con copia íntegra del acto administrativo, se publicará en la página electrónica y en todo caso en un lugar de acceso al público de la respectiva entidad por el término de cinco (5) días, con la

advertencia de que la notificación se considerará surtida al finalizar el día siguiente al retiro del aviso. En el expediente se dejará constancia de la remisión o publicación del aviso y de la fecha en que por este medio quedará surtida la notificación personal...”

- Se recomienda realizar las gestiones a que hayan a lugar con el fin que en lo posible los archivos adjuntos de las peticiones instauradas por la página web lleguen al correo electrónico de la entidad junto con la notificación del requerimiento.
- Se recomienda realizar cumplimiento de lo siguiente:

| Clase | Término |
|--|--|
| Peticiones en interés general y particular | Dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción |
| Peticiones de documentos e información | Dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción |
| Consultas | Dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción |
| Peticiones entre autoridades | Dentro de los diez (10) días siguientes a su recepción |
| Informes a congresistas | Dentro de los cinco (5) días siguientes a su recepción |

34

Lineamientos especiales

| Situación | Lineamiento | Normativa |
|-------------------------|---|-----------|
| No respuesta en término | Se debe informar al ciudadano antes del vencimiento informando los motivos de la demora y señalando el plazo en que se resolverá la petición, éste no podrá exceder del doble del inicialmente previsto. | |
| Petición incompleta | Se deben tener en cuenta dos momentos: 1. En el recibo de la petición : el servidor público informa verbalmente que está incompleta la petición, si el ciudadano insiste, debe ser radicada. 2. Cuando está radicada : el servidor público debe solicitar al ciudadano dentro de los diez (10) días siguientes para que complete la información . El ciudadano tiene 1 mes para complementarla. | |
| Atención prioritaria | Se deben atender prioritariamente las peticiones que involucren el reconocimiento de un derecho fundamental, cuando esté en peligro inminente la vida o la seguridad, cuando sea presentada por un niño (a) o adolescente; o cuando sea presentada por un periodista en ejercicio de su profesión. | |
| No es competente | Se debe remitir la solicitud al competente dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de la misma y se enviará copia de ello al peticionario. | |

Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte de Soacha

| | | |
|-----------------------|---|------------------|
| Desistimiento tácito | Opera cuando el ciudadano no completa su petición dentro del mes otorgado para ello y guarda silencio. La entidad debe expedir acto administrativo decretando el desistimiento y archivando el expediente , se debe notificar personalmente advirtiendo la procedencia del recurso de reposición. | Ley 1755 de 2015 |
| Desistimiento expreso | Opera cuando el ciudadano de manera expresa le informa a la entidad que no desea continuar con el trámite de la petición. No obstante, puede continuar de oficio el trámite de respuesta si la entidad considera que es de interés general, para lo cual, debe proyectar acto administrativo motivado. | |
| Petición irrespetuosa | Cuando un ciudadano presente una petición irrespetuosa o en términos groseros, la entidad puede rechazarla . | |
| Petición oscura | Se presenta cuando no se comprende la finalidad u objeto de la petición, en este caso, se debe devolver al interesado para que la corrija o aclare dentro de los diez (10) días siguientes . En caso de no corregirse o aclararse, se archivará la petición. | |
| Petición reiterativa | Se da cuando se presenta una solicitud que ya ha sido resuelta por la entidad , caso en cual, pueden remitirse a respuestas anteriores. | |
| Peticiones análogas | Opera cuando más de diez (10) personas formulen peticiones que sean semejantes en cuanto a su objeto. En este caso la entidad podrá dar una única respuesta que deberá ser publicada en un diario de amplia circulación, en la página web y entregará copias de la misma a quienes las soliciten. | |

4.15 INFORME DE EFICIENCIA Y AUSTERIDAD DEL GASTO PÚBLICO

Con el fin de dar cumplimiento Decreto 1068 de 2015, decreto 648 de 2017, al artículo séptimo de la Resolución CMS 058 de 2016, al artículo 22 del Decreto 1737 de 1998, La Circular No. 02 de 2004 del Alto consejero Presidencial y el Director del DAFP, la circular conjunta 002 del 3 de Octubre de 2008 del DAPRE y DAFP, el Decreto 984 de 2012 y el artículo 2.8.4.8.2 del Decreto 1068 de 2015, en el cual se argumenta el seguimiento por parte de las Oficinas de Control Interno, al cumplimiento de las disposiciones en materia de austeridad del gasto y estipula el envío de un informe trimestral al Representante Legal de la Entidad, La oficina de Control Interno presento y publico los seguimiento realizados a corte 31 de diciembre de 2016, 31 de marzo, 30 de junio y 30 de septiembre de 2017, el seguimiento realizado al presupuesto comprometido de acuerdo a la siguiente información:

Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte de Soacha

- Contratación por prestación de servicios personales e informe de gastos de personal.
- Informe de gastos en publicidad y publicaciones
- Informe de gastos de viaje y viáticos.
- Consumo en servicios públicos. En el caso de teléfonos fijos, especificar cuales líneas tienen autorizada las llamadas a celular.
- Consumo de otros gastos generales (Compras de equipos, materiales y suministros, mantenimiento y reparaciones locativas, entre otros).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL INFORME A 30 DE SEPTIEMBRE DE 2017.

La administración ha estado cumpliendo con las normas relacionadas en austeridad del gasto, teniendo en cuenta que en algunos ítems no se ha presentado gastos excesivos sino los necesarios para el funcionamiento de la entidad.

Sin embargo, la Oficina de Control Interno se permite efectuar, de la manera más atenta, las siguientes recomendaciones con el propósito de fortalecer las medidas tendientes en la administración para el cumplimiento de las políticas de austeridad de la siguiente manera:

- Generar estrategias de racionalización y control en el consumo de agua del Estadio Luis Carlos Galán Sarmiento y Parque Tibanica.
- Generar estrategias de racionalización y control en el consumo de servicios públicos del área administrativa del IMRDS ubicada en el Coliseo General Santander.
- Continuar con la racionalización y eficiencia del gasto público, de acuerdo a lo reflejado en este informe.
- Continuar con el control en el uso y consumo de celulares, ya que el consumo mensual no supera un salario mínimo mensual legal vigente.
- Continuar con el fomento de una cultura que cumpla con las políticas de Eficiencia y Austeridad en el Gasto al interior de las Dependencias de la Administración.
- Continuar con la cultura de ahorro encaminada con la Política de Cero Papel, en acciones como la reutilización del papel usado para los borradores e impresión a doble cara y los demás escritos en el presente informe. En este sentido se recomienda formalizar, adoptar y socializar la política de cero papel en la Entidad.
- Continuar con los controles implementados en el uso de materiales y suministros en el interior del Instituto, con el fin de reducir el consumo de dichos elementos.

36

4.16 SEGUIMIENTO AL PROCESO DE RENDICIÓN DE CUENTAS A LA COMUNIDAD REALIZADA POR EL DIRECTOR DEL IMRDS

En cumplimiento de la normatividad relacionada con la rendición de cuentas más específicamente Ley 489 de 1998, Decreto 3622 de 2005, Decreto 028 de 2008, Ley 1474 de 2011, Ley 1757 de 2015, entre otras, el Director del IMRDS realizó dos audiencias de rendición de cuentas, explicando la gestión realizada durante el primer semestre de 2017. Esta oficina realizó seguimiento a dichas audiencias a lo cual emitió las siguientes conclusiones y recomendaciones:

SEGUIMIENTO

La agenda propuesta para la rendición de cuentas fue cumplida en de acuerdo a lo programado, dando cumplimiento al artículo 32 y 33 de la Ley 489 de 1998, artículo 78 de la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 2482 de 2012 por el cual se establecen los lineamientos generales para la integración de la planeación y la gestión y lo establecido en el Conpes 3654 de 2010 y ley 1757 de 2015.

La Oficina de Control Interno, evidenció que la rendición de cuentas del primer semestre de 2017, cumplió con el objetivo propuesto de informar y dialogar con la ciudadanía sobre los logros, adelantados por la gestión del Instituto Municipal de Recreación y Deporte. Se utilizó un lenguaje claro sencillo y entendible para la comunidad. Se observó por parte del Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte de Soacha, un informe ejecutivo en donde describió la población beneficiaria por cada uno de los proyectos incluidos en el Plan de Desarrollo y lo relacionado con infraestructura deportiva.

RECOMENDACIONES

En el marco de Rol de Evaluación Independiente legalmente asignado, la Oficina de Control Interno de la manera más atenta se permite realizar las siguientes recomendaciones:

- Continuar con la metodología utilizada por esta rendición de cuentas.
- Realizar anualmente mínimo dos audiencias públicas de rendición de cuentas con el fin que se socialice la gestión realizada durante cada semestre de cada vigencia.
- Realizar la invitación y convocatoria a la audiencia pública programada, por parte del proceso de prensa y comunicaciones institucional por medio de página web, redes sociales y medios locales de comunicación.
- Continuar informando mediante redes sociales y en tiempo real el desarrollo de la audiencia pública, actividad a cargo del proceso de prensa y comunicaciones institucional
- Realizar publicación en la página web de la información presentada durante la audiencia pública, actividad a cargo del proceso de prensa y comunicaciones institucional
- Realizar la noticia o boletín informativo en donde se informe a la comunidad el resultado de la rendición de cuentas.
- Continuar con la inclusión en la audiencia de rendición de cuentas una persona que sirva de traducción de la información para la comunidad que presenten algún tipo de discapacidad auditiva.

37

5. FOMENTO DE LA CULTURA DEL AUTOCONTROL.

La oficina de Control Interno realizó diferentes publicaciones en el boletín institucional con el fin de alguna manera concientizar a los servidores públicos del IMRDS, la importancia del autocontrol en el quehacer diario a nivel institucional. Se realizó publicación en los tres boletines que la oficina de prensa emitió durante la vigencia 2017.

Fomento del Autocontrol

La autoevaluación es el primer mecanismo para lograr los objetivos de la entidad.

Buenas prácticas para la AUTOEVALUACION

- Revisar permanente el avance y cumplimiento de las actividades y labores a mi cargo
- Evaluar si cumpla con mis actividades en el tiempo y forma en que me lo solicitan y analizar si puedo ahorrar o reducir el uso de recursos que utilizo
- Conocer en qué actividad tengo mayor eficacia y en cuál debo de prestar más atención
- Realizar reuniones periódicas con el equipo de trabajo para examinar el avance de las actividades y metas a cumplir
- Conocer los indicadores que evalúan al proceso al cual pertenezco y contribuir al seguimiento y cumplimiento de estos
- Tomar decisiones a partir de los resultados arrojados por los instrumentos de evaluación para el logro de las actividades planificadas

Tomado de : http://idocumentacion.unillanos.edu.co/index.php/centro-de-documentacion/ver_view/52-control-interno/513-menajes-fomento-de-la-cultura-del-autocontrol.html

Las auditorías fortalecen la mejora continua donde



¡Somos Protagonistas!

Herramientas Institucionales que
permiten el Autocontrol.

- Plan de desarrollo.
- Planes de acción (planes operativos).
- Planes de mejoramiento
- Mapa de riesgos (puntos de control).
- Manual de Procesos y Procedimientos.
- Manual de funciones.

BOLETIN INTERNO IMRDS



38

Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte de Soacha

Autocontrol

La oficina de control interno busca que los servidores públicos del Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte de Soacha conozcan las herramientas, los objetivos y fines del Autocontrol con el fin de que los funcionarios y contratistas asuman el papel de autoreguladores de su gestión.

EL SENTIDO DEL AUTOCONTROL



BOLETIN INTERNO IMRDS

PAG 3

39

Adicionalmente se realizó capacitación de autocontrol durante el mes de Septiembre de 2017, tal como se observa a continuación:



6. OTRAS ACTIVIDADES

6.1 CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 648 DE 2017.

En cumplimiento del artículo 17 del Decreto 648 de 2017, mediante el Comité Coordinador de Control Interno, se realiza aprobación del Estatuto de Auditoría de la Oficina de Control Interno el cual se compone de los siguientes procedimientos y formatos:

- a) Código de Ética del Auditor Interno Se realiza exposición del Código de Ética del auditor interno (documento adjunto a la presente acta), el cual queda aprobado por unanimidad por los miembros del Comité.

- b) Carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a las Oficinas de Control Interno; Se realiza exposición de la Carta de Representación del auditor interno (documento adjunto a la presente acta), el cual queda aprobado por unanimidad por los miembros del Comité.
- c) Estatuto de auditoría: se realiza explicación de los siguientes procedimientos de auditoría que soportan la ejecución de los roles de la oficina de Control Interno y que hacen parte integral del Estatuto de Auditoría de la siguiente manera:

PCIN 001 PROCEDIMIENTO AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL V1
PCIN 002 PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN PLANES DE MEJORAMIENTO V1
PCIN 003 PROCEDIMIENTO EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO V1
PCIN 004 PROCEDIMIENTO LIDERAZGO ESTRATÉGICO V1
PCIN 005 PROCEDIMIENTO MONITOREO PLANES DE MEJORAMIENTO V1
PCIN 006 PROCEDIMIENTO SOLICITUDES Y REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN V1
PCIN 007 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO - OTROS INFORMES V1
PCIN 008 CÓDIGO DE ÉTICA DEL AUDITOR INTERNO V1

Adicionalmente se compone de los siguientes formatos:

- FCIN 001 FORMATO MATRIZ DE RIESGOS OPERACIONALES V1
- FCIN 002 FORMATO MATRIZ DE RIESGOS DE CORRUPCION V1
- FCIN 003 FORMATO ACTA SEG PLAN DE MEJORAMIENTO V1
- FCIN 004 PLAN MEJORAMIENTO V1
- FCIN 005 PLAN DE ACCION V1
- FCIN 006 FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA V1
- FCIN 007 ENCUESTA DE PERCEPCION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO V1
- FCIN 008 CUADRO DE CONTROL DE INFORMES IMRDS V1
- FCIN 009 CONTROL CORRESPONDENCIA ENVIADA V1
- FCIN 010 INFORME DE VISITAS A ESCENARIOS V1
- FCIN 011 FORMATO ENTREVISTA V1
- FCIN 012 FORMATO ACTA V1
- FCIN 013 FORMATO AUDITORIA V1
- FCIN 014 CARTA DE REPRESENTACION V1

Por otro lado y en cumplimiento de lo estipulado en el Decreto 648 de 2017, se realizó actualización del Acto Administrativo mediante Resolución 099 de 2017, que adopta el Comité Coordinador de Control Interno en el IMRDS.

6.2 TABLAS DE RETENCIÓN DOCUMENTAL DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

Teniendo en cuenta el concepto emitido por la Gobernación de Cundinamarca en relación con la inexistencia de las Tablas de Retención Documental de la Oficina de Control Interno, esta oficina procedió a elaborar y radicar a la Subdirección Administrativa y Financiera, el 24 de febrero de 2017 (radicado interno 0270), las tablas de retención documental y valoración documental de la Oficina, para su correspondiente tramite.



INSTITUTO MUNICIPAL PARA LA
RECREACIÓN Y EL DEPORTE DE SOACHA
NIT. 832.000.906-6

SOACHA
GOBIERNO MUNICIPAL



6.3 TRANSFERENCIA DOCUMENTAL DEL ARCHIVO DE GESTIÓN AL ARCHIVO CENTRAL

Durante el mes de noviembre de 2017, la Oficina de Control Interno en cumplimiento de las directrices dadas por la Subdirección Administrativa y Financiera, procedió a realizar transferencia documental del archivo correspondiente a la vigencia 2016, el cual consta de 3 cajas y 16 carpetas.

Cordialmente

42

CAROLINA LOZANO ARDILA
Jefe Oficina de Control Interno



Instituto Municipal para la Recreación y el Deporte de Soacha
Calle 15 # 8 - 53 Soacha Centro
Teléfono: 8400 199
www.imrdsoacha.gov.co

