

CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL VALLE DEL CAUCA

INFORME DE SEGUIMIENTO A LOS PLANES DE MEJORAMIENTO CON CORTE A JUNIO 30 de 2022

PRESENTADO A:

LIGIA STELLA CHAVES ORTIZ
Contralora Departamental del Valle del
Cauca

REALIZADO POR:

OFICINA DE CONTROL INTERNO
AGOSTO DE 2022



OBJETIVO:

Presentar el informe de los resultados del seguimiento al plan de mejoramiento a junio 30 de 2022, de cada uno de los procesos de la entidad que tienen suscritos planes con la Oficina de Control Interno.

Resultados:

El presente documento contiene los resultados del seguimiento realizado a los planes de mejoramiento de cada uno de los procesos de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca que tienen suscritos planes con la Oficina de Control Interno, los cuales fueron producto de las siguientes fuentes:

1. Autoevaluación del Control
2. Autoevaluación de la Gestión
3. Peticiones Quejas y Reclamos
4. Seguimiento y Medición de procesos (Indicadores)
5. Informe Control de Producto No Conforme
6. Círculos Mejoramiento
7. Riesgos del proceso
8. Retroalimentación producto de la coordinación, cooperación y articulación con otras instituciones.
9. Revisión del Proceso de Gestión Documental
10. Sistema de Control Interno
11. Sistema de Control Interno Contable
12. Autocontrol del Proceso
13. Auditoría General de la República
14. Auditoría al Proceso Administrativo Sancionatorio
15. Auditorías Internas
16. Otros

En el cuadro siguiente se presentan las quince (15) acciones que quedaron abiertas a febrero 28 de 2022 más 17 acciones del periodo marzo-junio 2022; las cuales se evaluaron con corte al 30 de junio 2022, acciones cerradas, abiertas y el porcentaje de cumplimiento alcanzado para cada uno de los procesos:



PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS						
ESTADO ACTUAL DE LAS ACCIONES A FEBRERO Y JUNIO 2022						
PROCESO	VIGENCIA DE LAS ACCIONES					% DE ACCIONES CUMPLIDAS
	TOTAL A FEBRERO 28-2022	PERIODO EVALUADO	TOTAL A JUNIO 30-2022	CERRADAS	ABIERTAS	
Planeación y Direccionamiento Gerencial	1	0	1	1	0	100%
Gestión jurídica	0	2	2	1	1	50%
Comunicación Pública	1	3	4	1	3	25%
Participación Ciudadana	3	8	11	1	10	9%
Control Fiscal	4	0	4	0	4	0%
Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	1	0	1	1	0	100%
Gestión Humana	3	2	5	3	2	60%
Recursos Físicos y Financieros	1	0	1	1	0	100%
Recursos Informáticos	1	2	3	3	0	100%
Gestión Documental	0					-
Evaluación y Mejora	0					-
TOTAL, ACCIONES	15	17	32	12	20	37%

Fuente: Procesos de la Entidad

Nota: en el anexo de este informe se detalla cada uno de los procesos

Entre el periodo marzo-junio 2022 se sumaron diecisiete (17) acciones nuevas para seguimiento total de treinta y dos (32) acciones, como lo muestra el cuadro anterior.

De estas se cerraron doce (12) y quedaron abiertas veinte (20) que en su mayoría tienen fecha de vencimiento en el segundo semestre de 2022, que se explican en el anexo de este informe para cada uno de los procesos.

El resultado del seguimiento presenta las acciones abiertas para cada uno de los siguientes Procesos:

Macroproceso Direccionamiento Estratégico:

Proceso Gestión Jurídica: Una (1) acción abierta que corresponde a auditoría interna.

Proceso de Comunicación Pública: Tres (3) acciones abiertas por auditoría interna.

Macroproceso Misional:

Proceso de Participación Ciudadana: Diez (10) acciones abiertas que corresponden a nueve (9) de PQRD y una (1) de AGR 2021.

Proceso de Control Fiscal: Cuatro (4) acciones abiertas que corresponden a auditoría interna.

Macroproceso de Apoyo:

Proceso Recursos Gestión Humana: Dos (2) acciones abiertas que corresponden a auditoría interna..

De esta evaluación es importante mencionar que el Plan de Mejoramiento es un instrumento de la planeación estratégica que permite documentar compromisos y acciones, para lograr un mejoramiento encaminado a la obtención de altos estándares de gestión y fortalecimiento de la ruta de cumplimiento de la misión de la entidad.

En este sentido y una vez evaluado el seguimiento a los planes de mejoramiento suscritos por los Procesos como resultado de auditoría interna, se genera a la entidad valor agregado, principalmente por aquellos procesos que han establecido a su interior controles de segunda línea como los círculos de mejoramiento y prevención para mitigar la materialización de riesgos que contribuyan a buenas prácticas en la gestión; derivando en la formulación de acciones preventivas orientadas a evitar con antelación, situaciones o circunstancias futuras que podrían llegar a generar hallazgos.

Como producto del seguimiento, la Oficina de Control Interno considera importante que los responsables de Procesos tengan en cuenta para el efectivo cumplimiento de los planes de mejoramiento, lo siguiente:

- ✓ Realizar permanente acciones de monitoreo¹ al cumplimiento de las acciones planteadas en los planes de mejoramiento, por lo tanto, se sugiere:
- ✓ Determinar si una o varias acciones suscritas, por razones sustentables técnicamente no puedan ser ejecutadas en los términos pactados, se solicite a la Oficina de Control Interno y con la debida anticipación la respectiva solicitud de prórroga, modificación y/o eliminación.

¹ En aplicación del monitoreo y supervisión continua del Modelo Estándar de Control Interno – MECI.



- ✓ Si existen observaciones que se repiten como resultado de una o varias auditorías, evaluar en círculo de mejoramiento la posibilidad de unificarlas, con el fin de depurar los planes de mejoramiento y establecer acciones correctivas pertinentes y efectivas; de lo cual deberá dejarse el debido registro sustentado técnicamente en mesa de trabajo.
- ✓ Documentar evidencias, cuando ejecuten las actividades para dar cumplimiento a las acciones suscritas, a fin que el auditor tenga elementos de juicio suficientes para decidir si la acción se cierra o se otorga un avance parcial.
- ✓ Monitorear las acciones cumplidas, a fin de garantizar que las deficiencias corregidas no se repitan, logrando de esta manera el mejoramiento continuo en la gestión de los procesos y del Sistema Integrado de Gestión SIG.
- ✓ Aplicar el autocontrol en cada una de las funciones, con el fin de mitigar los riesgos, detectar desviaciones y efectuar correctivos para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de las mismas.
- ✓ Socializar el presente seguimiento a todos los funcionarios, con el fin de mejorar el compromiso y participación en cumplimiento de las acciones suscritas en los planes de mejoramiento, así como para garantizar la continuidad de aquellas acciones que hayan sido cerradas en los seguimientos realizados por la Oficina de Control interno.



ANEXO: PLANES DE MEJORAMIENTO POR PROCESO MACROPROCESO DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

PROCESO GESTION JURIDICA						
No.	FUENTE U ORIGEN	DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES		
			DESCRIPCIÓN	AC/A P/AM	ESTADO DEL HAL LAZ GO (A, C)	% DE AVANCE VERIFICADO
1	3	Se constató, la extemporaneidad en la plataforma SECOP II publicación de los informes de supervisión del contrato MC-003-21 del 16-NOV-2021 y CI-003-21, el informe No 2 de julio 21, publicado 6-8-2021, informe No 5 de octubre 29 se subió el 24-11-2021, informe No 6, noviembre 18, se subió el 24-11-2021 y el informe No.8 de diciembre 22 de subió el 11-3-2022. Esto en razón a lo reglado en el Decreto ley 1082 del 26 de mayo del 2015 "SUBSECCIÓN 7 PUBLICIDAD ARTÍCULO 2.2.1.1.1.7.1. Publicidad en el SECOP. La Entidad Estatal está obligada a publicar en el SECOP los Documentos del Proceso y los Actos administrativos del Proceso de Contratación, dentro de los tres (3) días siguientes a su expedición."	La Oficina Jurídica revisando los procedimientos y las responsabilidades en cada una de las etapas contractuales, se compromete a que cada actor realizará la obligación pertinente, para el caso que nos atañe los informes de supervisión serán publicados por los supervisores de los contratos con sus respectivos usuarios y en los casos que lo ameriten se acompañara a los mismos en la publicación en la plataforma secop II. Esto con el fin de que cada actor se responsabilice de la herramienta contractual de publicidad y conozca los términos.	AM	A	0%
				sigue abierta, en la revisión del primer semestre de 2022, se presentaron extemporaneidades en los contratos subidos al SECOP II, con respecto al informe de los supervisores.		

PROCESO COMUNICACIÓN PUBLICA						
No.	FUENTE U ORIGEN	DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES		
			DESCRIPCIÓN	AC/A P/AM	ESTADO DEL HAL LAZ GO (A, C)	% DE AVANCE VERIFICADO
1	3	Actualizar el logo y las actividades del procedimiento M1P3-01 y el procedimiento M1P3-02 debe ser retirado del proceso toda vez que el proceso de rendición de cuentas está adscrito a la Dirección Operativa de Participación Ciudadana por la ordenanza 500 de diciembre de 2018 en su artículo cuarto numeral 6.	Estas modificaciones se determinarán en mesas de trabajo por parte de la Oficina Tic y Participación ciudadana, para luego solicitar la actualización ante la oficina de Planeación.	AM	A	50%
				No se aprobaron los cambios según acta No.004 del 22 de julio de 2022, del Comité Institucional de Gestión y Desempeño.		



PROCESO COMUNICACIÓN PÚBLICA						
No	FUENTE U ORIGEN	DESCRIPCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES		
			DESCRIPCIÓN	AC/A P/AM	ESTADO DEL HALAZGO (A, C)	% DE AVANCE VERIFICADO
2	3	El Anexo 3 M1P3-01 Esquema de flujo de la información en la CDVC, en las actividades 1 y 3 del procedimiento Acopio y difusión de la información interna y externa, código: M1P3-01, versión 7.0, no es utilizado, ya que tiene la misma funcionalidad de la Guía de suministro y actualización de la Información en el sistema de comunicación de la Entidad, que está para aprobación y actualización en el Procedimiento citado. Por lo anterior, se evidenció que, a mayo 20 de 2022, no se encuentra actualizada la información del período comprendido del 1 de enero al 30 de abril 2022.	Se realizará ajuste en el procedimiento M1P3-01, versión 7.0 para solicitar el cambio del Anexo 1 actual y la inclusión de la Guía de suministro y actualización de la Información en el sistema de comunicación de la Entidad la cual detalla los ítems normativos requeridos y facilita mucho más el seguimiento.	AM	A	0%
3	3	La aplicación de intranet se encuentra en una versión antigua y el proveedor Nexura no realiza actualizaciones. Por tal motivo puede presentar fallas y perderse algunos links de información de interés, es por ello que se deben tomar acciones correctivas para esta deficiencia.	Realizar los trámites necesarios para la cotización por parte de Nexura de la actualización la plataforma de intranet moderna y presentarla en comité para ser tenida en cuenta en presupuesto del 2023; no obstante, se propondrá a Nexura el uso de algunas horas de trabajo de "la bolsa" ya contratada para el mantenimiento del sitio WEB de la entidad	AM	A	0%



MACROPROCESO MISIONAL

PROCESO PARTICIPACIÓN CIUDADANA						
No	FUENTE U ORIGEN	DESCRIPCION E IDENTIFICACION DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	SEGUIMIENTO Y VERIFICACION DE ACCIONES		
			DESCRIPCIÓN	AC/A P/AM	ESTADO DEL HAL LAZ GO (A, C)	% DE AVANCE VERIFICADO
1	5	Rendición pública de Cuentas. Se sugiere tener en cuenta para el proceso de Rendición Pública de Cuentas: hacer consultas previas, entregar información previa a la ciudadanía, garantizar espacios de diálogo, realizar varios eventos de rendición de cuentas y elaborar formato de evaluación que se relacione con el objetivo de la Rendición de cuentas y su contenido.	Ajustar el procedimiento de Rendición de Cuentas, de acuerdo con la normatividad vigente.	AM	A	60%
2	5	El proceso de Participación Ciudadana en el periodo evaluado, no declaro producto no conforme, sin embargo, las observaciones realizadas por el equipo auditor ameritan que se determine producto no conforme. Si bien es cierto que el procedimiento está enfocado a los informes finales de denuncia, también lo es que la DOPC tramita peticiones y da respuesta final al peticionario, por tal motivo la acción de mejora debe estar encaminada a adaptar el producto no conforme al nuevo procedimiento establecido para SIA ATC o en su defecto retirarlo del SIG, previa evaluación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño. A las Observaciones establecidas que quedan en firme, se debe suscribir plan de mejoramiento con la Oficina de Control Interno, analizando las causas raizales y proponiendo acciones correctivas que conlleven a que no se repita la observación, para ello el proceso cuenta con cinco días hábiles una vez recibido el informe final.	Solicitar el cambio de procedimiento M2P4-07 al Comité Institucional de Gestión y Desempeño, ajustándolo a lo relacionado con el procedimiento M2P4-05	AM	A	50%



PROCESO PARTICIPACIÓN CIUDADANA

No	FUENTE U ORIGEN	DESCRIPCION E IDENTIFICACION DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	SEGUIMIENTO Y VERIFICACION DE ACCIONES			SEGUIMIENTO A FEBRERO 28 DEL 2022
			DESCRIPCIÓN	AC/A P/AM	ESTADO DEL HAL LAZ GO (A, C)	% DE AVANCE VERIFICADO	
3	16	2.4.1.3 Observación administrativa, por incumplimiento del término para respuesta de fondo, traslado por competencia, traslado al proceso auditor y solicitud de ampliación.	Realizar alertas mensuales a cada auditor responsable de denuncias, fijando términos para la entrega de respuesta para revisión acorde a la normatividad vigente y aprobación de acuerdo a la coherencia del texto con lo solicitado por el denunciante.	AP	A	0%	Se han remitido autocontroles mensuales a los funcionarios responsables de la atención a los requerimientos a vencer. Sigue abierta, los soportes enviados son correos que indican la fecha de vencimiento de peticiones y denuncias mas no se visualizan seguimientos documentados al cumplimiento.
4	5	Revisado el SIG ese encontró que el link de Plan de la Calidad contiene los formatos de plan de calidad para recepción y trámite de peticiones y denuncias, así mismo, el formato línea de tiempos para recepción y trámite de peticiones y denuncias, los cuales se encuentran desactualizados, ya que a partir del 01 de julio de 2021 se implementó el uso del aplicativo SIA ATC para la recepción y trámite de los requerimientos ciudadanos, es decir, todavía están enmarcados en los procedimientos anteriores que datan de agosto del 2020.	Modificar del procedimiento M2P4-05, construyendo un documento sistemático, útil e idóneo para la utilización del mismo, actualizando todos los registros derivados de la recepción y trámite de peticiones y denuncias.	AM	A	0%	A la fecha de evaluación del PM no se encontró ninguna actualización del procedimiento.
5	5	Se observó que no se está aplicando a las capacitaciones externas el anexo 1 (formato evaluación de la capacitación y el anexo (2) evaluación del impacto de acuerdo a los formatos del procedimiento M2P4-02 del sistema de gestión institucional, quien funge como responsable de dicho procedimiento es el director Operativo de Participación Ciudadana.	Actualizar y ajustar el procedimiento M2P4-02.	AM	A	0%	A la fecha de evaluación del PM no se encontró ninguna actualización del procedimiento.



PROCESO PARTICIPACIÓN CIUDADANA

No	FUENTE U ORIGEN	DESCRIPCION E IDENTIFICACION DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	SEGUIMIENTO Y VERIFICACION DE ACCIONES			SEGUIMIENTO A FEBRERO 28 DEL 2022
			DESCRIPCIÓN	AC/A P/AM	ESTADO DEL HALAZGO (A, C)	% DE AVANCE VERIFICADO	
6	5	En la página Web se encuentra publicado el plan de formación al ciudadano 2021, por lo que se puede apreciar que esté cambio de nombre de plan de capacitaciones externa a plan de formación del ciudadano, pero no se precisa el cambio de nombre en el SIG, ni mediante qué acto se realizó dicho cambio y porque no se ha actualizado en el proceso P4, quien funge como responsable de dicho procedimiento es el director Operativo de Participación Ciudadana.	Actualizar y ajustar el procedimiento M2P4-02.	AM	A	0%	A la fecha de evaluación del PM no se encontró ninguna actualización del procedimiento.
7	5	El Comité Institucional de Gestión y Desempeño, el día 1 de diciembre del 2021 en su acta No.7 aprobó: la eliminación del procedimiento M2P4-04 Medición de la Satisfacción de los Clientes y Retroalimentación del proceso y la creación de la Guía de Satisfacción de grupos de valor y cliente interno para ser aplicada en la vigencia 2022. Para la fecha en que se está realizando esta auditoría, la guía creada no ha sido implementada y/o socializada.	Socializar la guía de Satisfacción de grupos de valor y cliente interno a los usuarios pertinentes.	AM	A	0%	No se encontró registro de ninguna socialización, la guía no está implementada. Adjuntan como prueba es un envío por correo de la guía.
8	5	Las siguientes denuncias presentan inconsistencias: DC 34 y 147 de 2020, DC 55 de 2021.	Se realizará círculo de mejoramiento con funcionarios que realicen auditorías y en general con todos los funcionarios que atienden las actuaciones especiales de fiscalización para dar directrices claras, precisas y concisas sobre la consolidación de hallazgos y la estructura del informe, para concertar los lineamientos de autocontroles a realizar antes de la aprobación y envío de la respuesta y no incluir respuestas parciales y Articulación con la DOCF emitiendo directrices claras en cada proceso previamente definidas en círculo	AM	A	0%	Sigue abierta, los soportes enviados son correos que indican la fecha de vencimiento de peticiones y denuncias mas no se visualizan seguimientos documentados al cumplimiento. No se envían como evidencia articulación con la DOCF, sin embargo, en auditoría realizada a P-4 se evidenciaron las respuestas con su registro cacci al peticionario.



PROCESO PARTICIPACIÓN CIUDADANA							
No.	FUENTE U ORIGEN	DESCRIPCION E IDENTIFICACION DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	SEGUIMIENTO Y VERIFICACION DE ACCIONES			SEGUIMIENTO A FEBRERO 28 DEL 2022
			DESCRIPCIÓN	AC/A P/AM	ESTADO DEL HAL LAZ GO (A, C)	% DE AVANCE VERIFICADO	
			de mejoramiento y comunicadas a los funcionarios que atienden las denuncias,				
9	5	Los documentos contenidos en las carpetas de las denuncias analizadas, les falta orden cronológico, alterando la trazabilidad de la misma. Tener en cuenta lo preceptuada en la Ley General de Archivo del 14 de julio del 2002. Igualmente darles utilización a los anexos establecidos en el procedimiento de nuestro SIG.	Realizar una revisión trimestral mediante muestreo de las denuncias ciudadanas entregadas por los funcionarios responsables de su atención verificando lo requerido por la Ley General de Archivo.	AM	A	0%	Se verifico en auditoría realizada a P-4 con corte de enero a junio de 2022, que se continua con la misma deficiencia en la trazabilidad documental.
10	5	Derecho de petición CACCI 4355 del 3 de noviembre de 2021, la respuesta tenía como termino el 17 de diciembre de 2021 y se dio respuesta el 23 del mismo mes, teniendo una extemporaneidad de cuatro (4) días, materializándose de esta manera la respuesta inoportuna al derecho de petición.	Realizar por parte de la DOCF alertas rutinarias al funcionario responsable del trámite y gestión de las peticiones, fijando términos para la entrega de respuesta para revisión acorde a la normatividad vigente.	AM	A	0%	Sigue abierta, los soportes enviados son correos que indican la fecha de vencimiento de peticiones y denuncias mas no se visualizan seguimientos documentados al cumplimiento. Se verifico en auditoría realizada a P-4 con corte de enero a junio de 2022, que se continua con la misma deficiencia.

PROCESO CONTROL FISCAL							
No.	FUENTE U ORIGEN	DESCRIPCION E IDENTIFICACION DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO	SEGUIMIENTO Y VERIFICACION DE ACCIONES			SEGUIMIENTO A FEBRERO 28 DEL 2022
			DESCRIPCIÓN	AC/AP/AM	ESTADO DEL HAL LAZ GO (A, C)	% DE AVANCE VERIFICADO	
1	3	De las cuatro auditorias requeridas del PVCF 2021, el día 29 de noviembre de 2021 se recibió la caja de archivo inactivo No.12 que contiene las carpetas relacionadas en el Anexo 02 –PF Administración documental de la Auditoría Financiera y de Gestión del municipio de Guadalajara de Buga de la vigencia 2020. En el siguiente cuadro se determina la fecha máxima de entrega del expediente de las auditorias requeridas del PVCF 2021.	Planear: programar subcomité de Control Fiscal e incluir el tema de cumplimiento de los procedimientos en especial la conformación y entrega de las trazabilidades de los procesos auditores.	AM	A	0%	La verificación de esta acción de mejora se realizará en el segundo semestre de 2022 cuando la oficina de Control Interno ejecute la auditoría interna programada para el proceso P-5.



PROCESO CONTROL FISCAL																																							
No.	FUE NTE U ORI GEN	DESCRIPCION E IDENTIFICACION DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO		SEGUIMIENTO Y VERIFICACION DE ACCIONES		SEGUIMIENTO A FEBRERO 28 DEL 2022																																
			DESCRIPCIÓN	AC/AP/ AM	ESTAD O DEL HALLA ZGO (A, C)	% DE AVAN CE VERIFI CADO																																	
		<table><tr><th>ENTIDAD</th><th>INFORME LIBERADO</th><th>ENTREGA EXPEDIENTE</th></tr><tr><td>MUNICIPIO DE GINEBRA</td><td>CACCI 1625 30/04/2021</td><td>24/05/2021</td></tr><tr><td>INDUSTRIA DE LICORES DEL VALLE</td><td>CACCI 2727 09/08/2021</td><td>31/08/2021</td></tr><tr><td>DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA</td><td>CACCI 3602 30/09/2021</td><td>22/10/2021</td></tr><tr><td>MUNICIPIO DE GUADALAJARA DE BUGA</td><td>CACCI 3617 30/09/2021</td><td>22/10/2021</td></tr></table> <p>Con base en la fecha máxima de entrega de los expedientes de las auditorias requeridas del PVCF 2021 nos permite inferir que el numeral 4 de la actividad 5.4 Actividades Posteriores del Procedimiento Auditoria Financiera y de Gestión-AF M2P5-02 V 1.0, SIG, no se cumplió, lo cual originó limitación al alcance del procedimiento de la auditoría interna de la Oficina de Control Interno.</p>	ENTIDAD	INFORME LIBERADO	ENTREGA EXPEDIENTE	MUNICIPIO DE GINEBRA	CACCI 1625 30/04/2021	24/05/2021	INDUSTRIA DE LICORES DEL VALLE	CACCI 2727 09/08/2021	31/08/2021	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	CACCI 3602 30/09/2021	22/10/2021	MUNICIPIO DE GUADALAJARA DE BUGA	CACCI 3617 30/09/2021	22/10/2021	Hacer: realizar reintroducción en subcomité sobre el cumplimiento de los procedimientos en especial la conformación y entrega de las trazabilidades de los procesos auditores. Verificar: Revisar como mínimo 2 trazabilidades de procesos auditores por ciclo de auditoría de acuerdo al PVCF. Actuar: Con el resultado de las verificaciones y seguimiento de las actividades, evaluar su eficacia y tomar los correctivos pertinentes, si es del caso.																					
ENTIDAD	INFORME LIBERADO	ENTREGA EXPEDIENTE																																					
MUNICIPIO DE GINEBRA	CACCI 1625 30/04/2021	24/05/2021																																					
INDUSTRIA DE LICORES DEL VALLE	CACCI 2727 09/08/2021	31/08/2021																																					
DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	CACCI 3602 30/09/2021	22/10/2021																																					
MUNICIPIO DE GUADALAJARA DE BUGA	CACCI 3617 30/09/2021	22/10/2021																																					
2	3	<p>Se evidenció presuntas inconsistencias en el tiempo de Respuesta: de atención a la denuncia, excediendo el plazo de seis (6) meses establecidos en el artículo 70 de la Ley 1757 de 2015, sin evidencia de justificación del retraso como se representa a continuación:</p> <table><tr><th>DC</th><th>INGRESO</th><th>APERTURA</th><th>FECHA ESTIMADA DE RESPUESTA DE FONDO</th><th>AS APPLICAB LES DE SUSPENSIÓN DE TÉRMINOS</th><th>UEVA FECHA DE RESPUESTA DE FONDO</th><th>LIBERACIÓN</th><th>DÍAS EXCEDIDOS</th></tr><tr><td>> 2021</td><td>10-feb</td><td>10-feb</td><td>10-ago</td><td>24</td><td>01-sep</td><td>10-sep</td><td>09</td></tr><tr><td>> 2021</td><td>18-feb</td><td>25-feb</td><td>25-ago</td><td>24</td><td>19-sep</td><td>29-sep</td><td>10</td></tr><tr><td>> 2021</td><td>24-feb</td><td>03-mar</td><td>03-sep</td><td>24</td><td>25-sep</td><td>11 -oct</td><td>15</td></tr></table> <p>Lo anterior, causado presumiblemente por debilidades en los controles definidos para el trámite y archivo final de peticiones y denuncias, lo que puede generar retrasos en la gestión por parte del competente, así como ineficacia e ineficiencia en la gestión de la Contraloría.</p>	DC	INGRESO	APERTURA	FECHA ESTIMADA DE RESPUESTA DE FONDO	AS APPLICAB LES DE SUSPENSIÓN DE TÉRMINOS	UEVA FECHA DE RESPUESTA DE FONDO	LIBERACIÓN	DÍAS EXCEDIDOS	> 2021	10-feb	10-feb	10-ago	24	01-sep	10-sep	09	> 2021	18-feb	25-feb	25-ago	24	19-sep	29-sep	10	> 2021	24-feb	03-mar	03-sep	24	25-sep	11 -oct	15	Realizar alertas mensuales a cada auditor responsable de denuncias, fijando términos para la entrega de respuesta para revisión acorde a la normatividad vigente y aprobación de acuerdo a la coherencia del texto con lo solicitado por el denunciante.	AM	A	0%	En auditoría realizada a P-4, se verifico que las respuestas de fondo a las DC 01 y 02, no tienen respuesta de fondo, se están pasando los términos de 6 meses. Lo que indica que los autocontroles no han sido efectivos.
DC	INGRESO	APERTURA	FECHA ESTIMADA DE RESPUESTA DE FONDO	AS APPLICAB LES DE SUSPENSIÓN DE TÉRMINOS	UEVA FECHA DE RESPUESTA DE FONDO	LIBERACIÓN	DÍAS EXCEDIDOS																																
> 2021	10-feb	10-feb	10-ago	24	01-sep	10-sep	09																																
> 2021	18-feb	25-feb	25-ago	24	19-sep	29-sep	10																																
> 2021	24-feb	03-mar	03-sep	24	25-sep	11 -oct	15																																
3	3	<p>Revisado la conformación del mapa de riesgos del proceso, este no contiene el riesgo del posible vencimiento de términos para resolver las denuncias, teniendo en cuenta el vencimiento de varias de estas, verificado en la presente auditoria.</p>	Planear: programar la revisión del mapa de riesgos Hacer: resultado de la revisión del mapa de riesgos, determinar la posibilidad y/o necesidad de incluir el riesgo sobre el vencimiento de términos para resolver denuncias. Verificar: evaluar la materialización de los riesgos.	AM	A	50%	La acción sigue abierta, el proceso se encuentra en la revisión general de todos los riesgos del mapa de riegos del proceso, en la cual se determinará la necesidad de incluir el riesgo sobre el vencimiento de términos para resolver denuncias.																																



PROCESO CONTROL FISCAL							
No.	FUE NTE U ORI GEN	DESCRIPCION E IDENTIFICACION DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO		SEGUIMIENTO Y VERIFICACION DE ACCIONES		SEGUIMIENTO A FEBRERO 28 DEL 2022
			DESCRIPCIÓN	AC/AP/AM	ESTAD O DEL HALLA ZGO (A, C)	% DE AVAN CE VERIFI CADO	
			Actuar: Con el resultado de las verificaciones y seguimiento de las actividades, evaluar su eficacia y tomar los correctivos pertinentes, si es del caso.				
4	3	Revisado el informe realizado por el proceso de Gestión Documental de seguimiento a las dependencias y remitido a la Oficina de Control Interno con radicado CACCI 3410 de septiembre 23 del 2021, en el cual se manifiesta la realización de reintroducción y/o capacitación con el fin de asegurar el manejo documental de la entidad, se encontraron deficiencias en las áreas de: Sector Central y en los cuatro Cercofis, Cali, Palmira, Tuluá y Cartago.	Planear: Se procederá a revisar el informe definitivo por parte del proceso de Gestión Documental, Hacer: Realizar reintroducción en subcomité en el tema de gestión documental. Verificar: Solicitar al proceso de gestión documental una nueva visita para la verificación de los correctivos que se tomaron Actuar: Con el resultado de las verificaciones y seguimiento de las actividades, evaluar su eficacia y tomar los correctivos pertinentes, si es del caso	AM	A	60%	El proceso de gestión documental realizó visitas de revisión de los archivos y capacitación "de seguimiento de reintroducción en el manejo documental"; Cercofis Cartago, Tuluá, Palmira, Cali, Descentralizada y Central. El informe está pendiente de remitir por parte del proceso de gestión documental. Se solicita a la Oficina de Control Interno ampliar la fecha de la acción correctiva hasta el 31 de diciembre de 2022, cuando se termine la revisión, se emita el informe y se tomen las acciones correctivas.

MACROPROCESO DE APOYO

PROCESO DE GESTIÓN HUMANA							
No.	FUE NTE U ORI GEN	DESCRIPCION E IDENTIFICACION DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO		SEGUIMIENTO Y VERIFICACION DE ACCIONES		SEGUIMIENTO A FEBRERO 28 DEL 2022
			DESCRIPCIÓN	AC/A P/AM	ESTADO DEL HAL LAZ GO (A, C)	% DE AVAN CE VERIFI CADO	
1	3	Es Importante Integrar el Plan Anual SG-SST (Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo). Al SIG (Sistema Integrado de Gestión) para un conocimiento general del mismo por parte de todos los funcionarios y mayor control de la alta Dirección.	Realizar la primera etapa del proceso de integración del SG-SST al SIG correspondiente al diagnóstico de los dos Sistemas de Gestión de la Entidad	AM	A	50%	La integración de los sistemas de calidad y salud y seguridad en el trabajo se realizará con la profesional del SG-SST, para adoptar un modelo acorde a las necesidades de la entidad. Implica armonizar las normas ISO 9001 y 45001 en los aspectos particulares de cada norma, en especial los puntos 4.3 (Determinación del alcance del sistema de gestión de calidad y Determinación del alcance del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo), 4.4 (Sistema de gestión de calidad y sus procesos y Sistema



PROCESO DE GESTIÓN HUMANA							
No.	FUE NTE U ORIGEN	DESCRIPCION E IDENTIFICACION DE LA NO CONFORMIDAD REAL O POTENCIAL, OBSERVACIONES, ACCIÓN DE MEJORA O CUALQUIER SITUACIÓN OBJETO DE ANÁLISIS	ACCIONES DE MEJORAMIENTO		SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE ACCIONES		SEGUIMIENTO A FEBRERO 28 DEL 2022
			DESCRIPCIÓN	AC/A P/AM	ESTADO DEL HALAZGO (A, C)	% DE AVANCE VERIFICADO	
							de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo), 5.2 (Política de Calidad y Política del SST), 6.2 (Objetivos de calidad y planificación para lograrlos y Objetivos de la SST y planificación para lograrlos), y 8.2 (Requisitos de los productos y servicios. y Preparación y Respuesta a Emergencias). En los demás componentes las normas comparten requisitos que son comunes a los dos estándares. Se está trabajando en la elaboración de la propuesta de integración de los estándares para someterla a validación de la Oficina de Planeación. Se requiere ampliación del plazo de ejecución de la acción hasta el 31.12.22
2	3	En la actualidad se tienen digitalizadas las historias laborales hasta la vigencia 2018, pero en el archivo central existen 7 cajas con documentos de funcionarios que no han sido depuradas, además en el archivo de activos que consta de 60 cajas que contienen las historias laborales de los 151 funcionarios activos, solo se han reorganizado 5 cajas. En algunos casos se encontraron historias laborales sin la totalidad de su foliatura y sin el orden cronológico.	Realizar periódicamente las actividades de revisión, verificación de soportes de requisitos en las etapas de ingreso, desarrollo y retiro de los funcionarios, de acuerdo a la precedencia o naturaleza del archivo y foliación de los documentos de las historias laborales activas.	AM	A	20%	Se continúa con la labor de organización, conservación y actualización de las historias laborales, según lo programado.

