

COMITÉ TÉCNICO

ACTA No.06
19 de Junio de 2019

ORDEN DEL DÍA

- 1.- Verificación del Quórum
- 2.- Temas a Tratar:
 - 2.1 Revisión por la Dirección
- 3.- Propositiones y Varios

DESARROLLO DEL ORDEN DEL DÍA

1.- Verificación del Quorum: Se da inicio verificando la asistencia de los miembros del Comité siendo las 9:30 a.m.

2.- Temas a Tratar:

La doctora Martha Rosmery Castrillón Rodríguez Secretaria General da inicio al Comité Técnico dando un saludo a la Señora Contralora encargada, doctora Diana Paola Urrego Trujillo y a todos los asistentes; acto seguido realiza una breve explicación sobre la nueva metodología utilizada para la elaboración del Informe de Revisión por la Dirección para la vigencia 2018; toda vez que es esta, la primera vez que se realiza este informe a través del Comité Técnico de la entidad.

Para este ejercicio, se le solicitó a cada Responsable de Proceso, que presentara los insumos de las entradas para su respectivo análisis y para la revisión del estado del Proceso de acuerdo con los parámetros establecidos y comunicados a los Responsables mediante correo electrónico el 5 de junio de 2019.

Explica cómo se llevará a cabo la presentación. Al respecto considera se debe adelantar de acuerdo al orden del Mapa de Procesos, iniciando con el Proceso de Gestión Jurídica; toda vez, que requiere que los Procesos de Planeación y Direccionamiento Gerencial al igual que el de Evaluación y Mejora, realicen su presentación al final del ejercicio, con el fin que apoyen y/o aclaren de ser necesario, los resultados presentados por los demás Procesos.

Así las cosas, se inicia con los Procesos en el siguiente orden:

Gestión Jurídica (P2)

Toma la palabra la doctora Rosa Liliana Ogonaga Responsable del Proceso. Inicia su exposición informando que los riesgos de su Proceso no se materializaron en la vigencia 2018, explica que a través del autocontrol y del Estatuto Anticorrupción controla sus riesgos.

Identifica como fortaleza en sus indicadores, la representación judicial, teniendo en cuenta que de 21 notificados, sólo hay dos fallos en contra; también resalta el grado de gestión en contratación.

Frente al cumplimiento del Plan Estratégico considera que se cumplen y se superan las metas establecidas en el Plan de Acción. En la atención a las partes interesadas, informa que su aporte se genera a través de la respuesta oportuna que se le otorga al cliente interno.

Comunicación Pública (P3)

El Ingeniero Alexander Mondragón Valencia, Responsable del Proceso informa que durante la vigencia 2018 no se materializaron riesgos dentro del Proceso; sin embargo en razón a la reubicación del Proceso en la Oficina de las Tecnologías de Información y las Comunicaciones TIC, se hace necesario replantear los controles. En cuanto a los indicadores es necesaria la construcción de un indicador que mida el crecimiento de las redes sociales de la Entidad, muy importantes en la comunicación con la comunidad.

En todo caso, en razón a la reubicación del Proceso y teniendo en cuenta que el Proceso de Comunicación Pública ya no corresponde al Macro Proceso Estratégico, por ser transversal, se hace necesario ajustar las TRD, los procedimientos y revisar todos los documentos del SIG, lo cual se establece como acción de mejora

Al respecto el doctor Luis Fernando Restrepo Guzmán, manifiesta su desacuerdo con esta apreciación, sustenta que el Proceso de Comunicación Pública, a pesar que hace parte de la Oficina de las TIC, continua siendo un Proceso que hace parte del Macro Proceso Estratégico en el SIG. En este sentido, considera que el Proceso es transversal.

El Ingeniero considera se hace necesario revisar el tema conjuntamente.

Las oportunidades de mejora, básicamente tienen que ver con los ajustes al Proceso teniendo en cuenta que se modifica el responsable.

Igual situación sucede con las partes interesadas del Proceso, se determina mejorar lo atinente a “Medios de Comunicación”.

El doctor Andrés Murillo, Responsable del Proceso de Evaluación y Mejora, advierte la necesidad de dividir las partes interesadas en internas y externas.

De otro lado y teniendo en cuenta los interrogantes que se han tenido para realizar los cambios al SIG, en el entendido que era necesario adoptar mediante resolución la

Ordenanza 500 de Diciembre 7 de 2018; “*Por medio de la cual se modifica parcialmente la Organización Estructural de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca y se Crea la dependencia de Subcontraloría*”; aclara la doctora Lilia Marleny Camargo - Profesional Especializada, quien acude al Comité en representación de la Directora Administrativa de Gestión Humana, indicando que la misma Ordenanza en su Artículo Séptimo, faculta al Contralor Departamental, para que mediante resolución ajuste y actualice el Manual Específico de Funciones y de Competencias Laborales, según lo establecido en el Decreto Ley 785 de 2005, Decreto 1083 de 2015, Decreto 815 de 2018, y las modificaciones realizadas mediante esta Ordenanza. En tal sentido, se aclara que no hace falta adoptar por resolución la Ordenanza en mención.

Ratifica lo dicho anteriormente la doctora Diana Paola Urrego quien funge como Contralora Departamental (E), explicando que se ajusta es el Manual Específico de Funciones.

Explica además la doctora Lilia Marleny Camargo, que el Manual se socializó con las asociaciones sindicales según Decreto 051 de 2018, explica que ciertas observaciones que llegaron con posterioridad a la firma de aprobación se incluyeron y a otras se les dará respuesta por parte de la doctora Diana Paola Urrego.

Una vez aclarado el tema frente a la adopción de la Ordenanza, se continúa con el orden del día.

Participación Ciudadana (P4)

El Responsable del Proceso doctor Alexander Salguero Rojas, presenta la información correspondiente a su Proceso.

Explica que en 2017 y 2018 se materializó el riesgo de “*Falta de oportunidad en el trámite y respuesta de las denuncias*”; sin embargo resalta que en la vigencia 2018 logró gran avance al respecto; teniendo en cuenta que mientras en 2017 se materializó el riesgo en 21 denuncias, en 2018 sólo se materializó en 2; lo cual muestra no solo el gran esfuerzo realizado en cuanto a controles en el Proceso, sino también el apoyo de la Secretaría General y la Oficina de Control interno. Es importante también considerar que se cumplió con el rezago de la vigencia anterior.

Frente a los indicadores describe como fortalezas las acciones realizadas en las capacitaciones internas y externas y como debilidades explica, se requiere ampliar la muestra selectiva e incentivar el diligenciamiento de las encuestas de satisfacción del cliente.

En cuanto a las Oportunidades de mejora explica se hacen controles mes a mes.

Informa el Responsable del Proceso que no se levantó Producto No conforme en la vigencia 2018; al respecto la doctora Martha Rosmery Castrillón R. Secretaria General, explica la importancia de levantar el Producto No Conforme, teniendo en cuenta que este

se identifica en las diferentes etapas a través de la revisión y/o verificación de las actividades de sus procedimientos; es necesario levantar los Productos no conformes; es importante tener claro que estos se pueden presentar en las diferentes etapas del trámite de las denuncias y de la elaboración y entrega del informe. El Informe que no sea conforme con los requisitos del producto, se debe identificar y controlar para prevenir riesgos, definir sus controles y responsabilidades en el mismo, Oportunidad de Mejora (O.M) ó No Conformidad (N.C)

En cuanto a las Acciones de mejora y las No Conformidades explica que todas se encuentran cerradas. Las no conformidades de 2017 fueron 11 y para 2018 se levantaron 2.

Sobre las partes interesadas solicita el Ingeniero Alexander Mondragón V. se traslade a su Proceso las atinentes al Proceso de Comunicación Pública (Ordenanza 500 de 2018).

SATISFACCIÓN DEL CLIENTE:

RESUMEN TABULACIÓN ENCUESTAS 2017			
<i>CLIENTE O PARTE INTERESADA</i>	<i>APLICADAS</i>	<i>CON CALIFICACIÓN</i>	<i>CALIFICACIÓN CONSOLIDADA (Promedio por encuesta)</i>
Sujetos de Control	76	74	4.8
Concejos	94	78	4.3
Asamblea	17	15	4.4
PQD	14	13	4.7
CACCI (Cliente Interno y Externo)	234	234	4.9
Bienestar Social -Interno	38	38	
TOTAL	473	452	
% Total clientes que calificaron >= 4 durante 2017			95%

RESUMEN TABULACIÓN ENCUESTAS 2018			
<i>CLIENTE O PARTE INTERESADA</i>	<i>APLICADAS</i>	<i>CON CALIFICACIÓN</i>	<i>CALIFICACIÓN CONSOLIDADA (Promedio por encuesta)</i>
Sujetos de Control	12	12	4.7
Concejos	8	8	4.7
Asamblea	11	11	4.6
PQD	9	7	4.2
CACCI	245	245	4.9
TOTAL	285	283	
% Total clientes que calificaron >= 4 durante 2018			99%

RETROALIMENTACIÓN (evidencias)

1. Realizar la aplicación de las Encuestas a los sujetos de control, comunidad participativa en la Rendición de Cuentas, Asambleas y Concejos Municipales, así como en las capacitaciones externas, oportunamente para ello:

1 .Se dará instrucciones a los auditores que atienden las denuncias, para que realicen las encuestas al momento de la visita al sujeto de control.

2. Se enviara por correo electrónico la encuesta con el informe preliminar al sujeto de control.

3. Cuando se emite la respuesta de la denuncia al ciudadano, se anexara en ella la encuesta.

4. Se envía la Encuesta a la Dirección Operativa de Control Fiscal, al iniciar el ciclo de auditorías del PGA con el fin de que sea diligenciada la encuesta en la última etapa del proceso auditor.

5.- Revisadas las encuestas de satisfacción del cliente realizados a los clientes y partes interesadas del centro de atención al Ciudadano y Control a la Información, se encontró que ninguna de las aplicadas, se encuentra por debajo de 4.0 cumpliendo la meta establecida.

Una vez presentado lo atinente a las encuestas de percepción del cliente, la doctora Martha Rosmery Castrillón R. Secretaria General, observa frente a la información de 2018, que las muestras aplicadas a esta vigencia no son representativas a la cantidad de clientes atendidos por la Entidad; es así que en la vigencia 2017 se aplicaron 201 encuestas, mientras que para la vigencia 2018 solo presentan 40; o sea, sólo el 19% respecto de la vigencia 2017.

De acuerdo a la información rendida, se levanta No Conformidad en el Proceso de Revisión por la Dirección, en aras de ampliar la cobertura en la aplicación de las encuestas (sujetos de control, concejos, asambleas y PQD); de manera tal, que permita la identificación de las necesidades y expectativas de nuestros clientes y partes interesadas, para el mejoramiento continuo de la entidad. (9.1)

De igual manera, al revisar la retroalimentación del cliente se observa que no se establece el análisis respectivo a las encuestas llevadas a cabo impidiendo conocer las observaciones de los clientes (retroalimentación) y la conformidad de la gestión realizada, entre otros.

Proceso de Control Fiscal (P5)

Presenta la información el doctor Jaime de Jesús Portilla Rosero – Responsable del Proceso de Control Fiscal; inicia informando que durante la vigencia 2017 se materializó el riesgo: *“Liberación de informes sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas y métodos para el ejercicio del control fiscal, en especial la Guía de Auditoría de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca - GACDVC.”*

Para la vigencia 2018 no se materializaron riesgos en el Proceso. Explica las acciones relevantes que ejecuta para controlar los riesgos; como son: las revisiones por parte del Coordinador y del Director de los informes preliminares y definitivos respectivamente, el Comité de calidad para revisar la conformidad de los informes y el seguimiento y trazabilidad a través del observatorio; controles que han sido eficaces para gestionar los riesgos.

Como fortaleza en los indicadores que maneja, presenta la oportunidad en la entrega de informes a los sujetos de control y órganos de control político y el cumplimiento de su plan de acción.

En las fortalezas respecto del Plan Estratégico considera:

- Ejecución del PGA con cobertura del 100%
- En el tema de Recursos Naturales y Medio Ambiente, las acciones más importantes que se trabajaron se relacionan con el recurso del agua y evaluación de plantas de tratamiento residual. Igualmente se realizaron foros y capacitaciones en materia ambiental.
- No se presentaron hallazgos para el Proceso de Control Fiscal, como resultado de la auditoría de la AGR.

Como debilidad manifiesta el no haber logrado la realización de todos los ajustes al aplicativo RCL en los módulos propuestos, dado que se debió dar prioridad a su ajuste respecto de la información requerida por SIA Observa.

En tal sentido este tema quedaría como acción pendiente para suscribir Plan de mejoramiento, con el fin que se resuelva en el tiempo que aún queda de la administración.

Manifiesta no tener actividades de mejora suscritas, como tampoco pendientes de Revisión por la Dirección anterior.

Las tres (3) No conformidades que tiene el Proceso se encuentran cerradas al igual que las acciones de mejora.

Presenta sus aportes al cumplimiento de las partes interesadas internas (P1, P3, P4, P6, P7 y P11); y a las externas (AGR, Procuraduría, Fiscalía, GR, Sujetos de Control, asamblea y comunidad en General.

El Comité evidencia debilidades en el conocimiento e identificación de lo que el Proceso debe aportar para cumplir con sus necesidades, toda vez, que en últimas son requisitos asociados a estas (Ejemplo: conocer qué esperan los sujetos de control de nuestra función, además de recibir informes en tiempos programados). La Entidad debe crear un mecanismo que nos permita realizar seguimiento y control periódico de esta información.

Al respecto se informa que hay suscrita una oportunidad de mejora en la Entidad que tiene que ver con el ajuste al tema de las partes interesadas.

Los Productos No Conformes identificados en 2017 fueron 11 los cuales se dieron por falta de autocontrol y controles efectivos, en 2018 se presentaron 2 Productos No Conformes en razón a deficiencias en programación de tiempos de la fase de ejecución de la auditoría a glosas, la que se dio en razón al alto volumen de sujetos de control a auditar.

Proceso de Responsabilidad Fiscal (P6)

La señora Contralora Departamental (e) como Responsable del Proceso de Responsabilidad Fiscal, explica lo repetitivo de las materializaciones.

En 2017 se materializaron los siguientes riesgos:

- No ejecutar las medidas cautelares de los expedientes con cumplimiento de requisitos
- Retraso de Audiencia y/o expedientes por falta de apoyo técnico
- Retraso en la sustanciación de expedientes

Para 2018 fueron:

- No decretar y registrar las medidas cautelares a que hubiere lugar, una vez sean identificados los bienes del deudor.
- No tomar una decisión de fondo antes de cumplirse los 3 años de recepcionado el hallazgo o denuncia, fundamento del Proceso de Responsabilidad Fiscal conllevando a una posible prescripción.
- Inoperancia y/o falla en los equipos técnicos de audio y grabación en la sala de audiencia.

Explica que ahora cuenta con herramientas en aras de resarcir el patrimonio; ejemplo ingreso a información de la Dian, Notarías, Registros Automotores, entidades Bancarias, entre otros.

Se ha promovido el Proceso Verbal de impacto y da como ejemplo el realizado a la Cumbre

En cuanto a los indicadores manifiesta que se implementarán unos nuevos, a través de las diferentes fases del Proceso, para así identificar qué fase es la más susceptible a los riesgos y así gestionarla mejor.

En cuanto a sus fortalezas frente al Plan Estratégico considera mejoraron la calidad de los fallos, así mismo el proceso verbal como ya lo advirtió les generó más confianza a los investigadores. Se reforzaron los procedimientos en aras de la calidad que exige el Plan Estratégico.

Cuenta con una herramienta de control útil y adaptable que permite la retroalimentación constante sobre cómo se está ejecutando el Plan Estratégico, esta herramienta es el cuadro de mando integral

Las Oportunidades de Mejora se encuentran aún abiertas dos por ASIG.

Informa la señora Contralora Departamental (e), que 6 de las 7 No Conformidades que se tenían en el Proceso, fueron cerradas.

Manifiesta la doctora Diana Urrego Trujillo, que insisten los auditores tanto de la Oficina de Control Interno como la AGR en que las debilidades del Proceso se deben a falta de controles y aclara, que no es así, que la tarea de la Dirección se ha realizado en torno a esos controles, ahora explica, se hacen mesas, diálogos y seguimientos directos con el sustanciador.

Sin embargo evidencia que los sustanciadores aún se encuentran en una rutina respecto al desempeño de sus funciones que limita su aprendizaje y que en tanto no se tomen acciones de tipo disciplinario, no se podrá mejorar dicha situación; no obstante, los auditores internos continúan manifestando que el problema es de controles. En este sentido se vienen capacitando en temas del compromiso con la Entidad; considera que el problema raizal es de actitud y compromiso y no hay herramientas legales para esto.

La Jefe de la Oficina Jurídica expresa que esto se debe a los resultados de la Evaluación del Desempeño, considera que a pesar de las evidencias, se sigue calificando por encima del rendimiento.

La doctora Luz Nallybe Lozano Domínguez Profesional de la Dirección Técnica de Recursos Naturales y Medio Ambiente, expresa que conocido ya el problema, la Oficina de Control Interno debe analizar mejor éstas causas raizales que permitan formular mejores hallazgos y subsanar de fondo dicha situación.

EL doctor Andrés Murillo Jefe de la Oficina de Control Interno manifiesta que su Oficina tiene unos roles, que ellos examinan procesos y que no es su responsabilidad hacer juicios sobre personas; que su trabajo es la de dejar la observación del incumplimiento evidenciado y que es el Proceso y su responsable quien analiza las causas.

Al respecto la doctora Diana Paola Urrego T. considera pertinente se aclare el hallazgo pero teniendo en cuenta lo que falta, ejemplo: Falta de sustanciación de los expedientes.

El doctor Murillo expresa se valorará el tema en esos términos.

Frente a los cambios que afectan el Proceso en lo relativo al ámbito interno, se evidencia el gran incremento de los hallazgos, situación que se presenta en razón a la amplia y activa participación de la comunidad, siendo esto proporcional al gran número de denuncias allegadas a la Entidad.

Para 2017 el Proceso de Responsabilidad Fiscal levantó 12 Productos no Conformes y para 2018 levantó 15; en cuanto al análisis de las causas, determinan se presenta falencia en el material probatorio sobre la que se sustenta la decisión de fondo; todas se encuentran cerradas al establecer la acción correctiva.

Desarrolla uno a uno cada ítem de las partes interesadas, según documento adjunto.

Proceso de Gestión Humana (P7)

La doctora Lilia Marleny Camargo - Profesional Especializada, quien asiste en representación de la Directora Administrativa de Gestión Humana, manifiesta que en las dos vigencias no se materializó ninguno de los riesgos.

Como fortaleza de sus indicadores presenta el cumplimiento del 100% del Plan de Acción durante 2017 y 2018

En cuanto al desarrollo de sus indicadores informa de la eliminación en 2018 de 3 de los indicadores existentes en razón a que se consideraron irrelevantes; en tal sentido de los 11 existentes quedan 8 indicadores en el Proceso.

Como fortalezas del Plan Estratégico presenta:

- La inducción general y específica a los nuevos funcionarios que ingresan a la entidad.
- Estructura organizacional porque permite contar con niveles de autoridad y responsabilidad bien definidos para la toma de decisiones
- La Planta global de la entidad y
- El Talento Humano competente y estable para el desarrollo de los procesos

Debilidades: Presentan las mismas evidenciadas en el Plan Estratégico y adicionalmente complementa su informe enunciando las actividades realizadas para superarlas.

En la vigencia 2017 se suscribió plan de mejoramiento para gestionar 11 acciones de mejora, mientras que para la vigencia 2018 se levantaron 4 las cuales se encuentran cerradas en su totalidad a la fecha.

Como oportunidad de mejora identificada y aún no documentada, presenta la necesidad de ajustar el Procedimiento de Administración del Talento Humano con las oportunidades de mejora resultado de la revisión del procedimiento en concurso con la Sicóloga de la Univalle y demás aportes de un grupo de estudiantes que revisaron el tema de competencias comportamentales comunes y del nivel jerárquico.

Frente a las No Conformidades levantadas en el Proceso, se informa que en la vigencia 2017 se levantaron 2 y 3 en la vigencia 2018, las cuales ya se encuentran cerradas. En cuanto a las acciones correctivas, en 2017 se realizaron 6 de las cuales 4 ya se encuentran cerradas y para 2018 se gestionaron 2 y ya una está cerrada.

Explica lo atinente a las partes interesadas frente a los aportes realizados a esta, las cuales se encuentran descritas en el documento anexo.

Finalmente la doctora Lilia Marleny Camargo recomienda socializar el procedimiento de comisiones entre todos los funcionarios de los Procesos.

Proceso de Recursos Físicos y Financieros (P8)

Inicia el doctor Luís Fernando Zuluaga, responsable del Proceso; frente a la gestión de los riesgos, manifiesta que no se materializó ninguno durante 2018 y lo corrido de 2019. Explica que estos se están monitoreando permanentemente

Considera que las fortalezas de sus indicadores se encuentran en la gestión y recaudo de cuotas de fiscalización, puesto que garantiza el flujo de efectivo y la solvencia para cumplir con las obligaciones adquiridas por la Contraloría Departamental y la ejecución presupuestal de gastos; toda vez que controla los recursos asignados a cada rubro presupuestal evitando una ejecución deficitaria. Estas fortalezas también se reflejan en el cumplimiento de las metas previstas en el Plan Estratégico.

Explica se suscribieron en el período tres (3) oportunidades de mejora, las cuales ya se encuentran cerradas.

Informa que en el período de evaluación su Proceso no tuvo No Conformidades ni acciones por la Revisión por la Dirección.

Desarrolla los aportes realizados desde su Proceso a sus partes interesadas, de acuerdo a informe adjunto.

Proceso Administración de Recursos Informáticos (P9)

Realiza la presentación el Ingeniero Alexander Mondragón V. Responsable del Proceso. Informa que en el periodo de evaluación no se le materializó ningún riesgo en el Proceso y básicamente considera se da esta circunstancia en razón al desarrollo de controles en su proceso.

Considera como fortalezas en sus indicadores los resultados en cuanto al grado de atención tanto en la atención en soporte técnico, como en los ajustes del software existente. De otro lado considera como debilidad la gestión en el diseño del nuevo software.

Dentro del Plan Estratégico considera como fortalezas desde su Proceso los niveles de seguridad de los sistemas de información, así como la evolución de Estrategia Gel a política de Gobierno Digital. Como debilidades establece la falta de personal de apoyo.

No tuvo oportunidades de mejora identificadas en su Proceso.

Desarrolla las partes interesadas y los aportes de sus procesos de acuerdo al documento anexo.

Proceso de Gestión Documental (P10)

En lo atinente al Proceso e Gestión Documental la doctora Consuelo Rodríguez Profesional Especializada; delegada por la Responsable del Proceso, realiza la presentación del Informe. En cuanto a la materialización de los riesgos informa que para la vigencia 2017 al proceso no se le materializó ninguno de los 5 riesgos con que contaba. Para 2018 el Proceso identificó un nuevo riesgo llamado “Pérdida de documentación del archivo central o ventanilla única” por lo cual paso a tener 6 riesgos. Explica que de acuerdo al monitoreo realizado no se han materializado riesgos en la vigencia.

Como fortaleza de los indicadores identifica el “Resultados de la Encuesta de Satisfacción del Cliente interno y externo las cuales obtuvieron resultados por encima del 95%”, de igual manera identifica como fuerte los resultados de las” Transferencias Documentales” las cuales se realizan en un 100% y en términos de oportunidad.

Como debilidad en sus indicadores, manifiesta los inconvenientes presentados con el indicador de “Grado de mejora por seguimiento al control de registros”, el cual se da en razón a que las dependencias que tienen recomendaciones de mejora en gestión documental, en algunos casos no realizan la mejora con oportunidad; al respecto se reformulará de manera tal que afecte directamente al Proceso que incumple.

En el Objetivo del Plan Estratégico de “Fortalecimiento Institucional y Financiero” contribuimos gestionando toda la documentación del Sistema Integrado de Gestión desde su origen hasta el destino final, con resultados por encima de las metas establecidas.

Al Proceso se le identificó una acción de mejora resultado de la Auditoría al Sistema Integrado de Gestión, durante 2018, la cual se encuentra cerrada.

Se levantó una No Conformidad Menor en relación con el formato de préstamo de documentos toda vez que este no tenía términos para la devolución, la cual se encuentra cerrada.

Frente al cumplimiento de las necesidades de las partes interesadas, se evidencian resultados tales como: Tanto para el cliente interno como externo se tienen resultados de las encuestas de percepción por encima de la meta propuesta (95%), se realizan también seguimientos a las respuestas en términos de oportunidad de los derechos de petición interpuestos por los clientes y/o partes interesadas y a cliente interno se le suministran informes claros y oportunos.

Proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial (P1)

Toma la palabra el doctor Luis Fernando Restrepo Guzmán Responsable del Proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial, iniciando con la gestión realizada a los riesgos, explica que en 2017 se materializaron dos riesgos y en 2018 ninguno; considera que esto básicamente se debe a los seguimientos periódicos que se realizan a los indicadores, riesgos y plan de acción.

Como fortalezas en los indicadores institucionales presenta el control que se realiza a la ejecución del Plan y los logros y metas institucionales; en la vigencia 2017 se cumplieron los objetivos en un 100%, en 2018, se afecta el fortalecimiento a la gestión fiscal (Proceso de Responsabilidad Fiscal) con cumplimiento del 94%.

Como oportunidad de mejora identificada en el Proceso pero aún no documentada, presenta la “Implementación del MIPG” en la Entidad.

Una vez revisadas la estructuración de los documentos de las partes interesadas, el Comité considera se hace necesario revisar este documento en todos los Procesos y/o ajustar según el caso; en tal sentido, advierte la necesidad de levantar acción de mejora al respecto.

El Proceso presenta 3 No Conformidades de las cuales hay 2 abiertas, las que se encuentran abiertas se relacionan con el incumplimiento de roles y responsabilidades del equipo MECI; cabe resaltar, que este equipo sólo se puede reactivar una vez se inicie con la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG; toda vez que este es un instrumento para articular el sistema de gestión y control interno.

La No Conformidad que ya se encuentra cerrada tiene que ver con la actualización del Manual de la Calidad de acuerdo a los requisitos establecidos, actividad que se cumplió.

En cuanto a las acciones de mejora el Proceso implementó 4, de las cuales 3 se encuentran abiertas. La primera, se relaciona con la implementación de acciones que le permitan conocer al ciudadano sobre el resultado de las sugerencias; a pesar que esta acción aún se encontraba abierta, a la fecha de entrega del informe, se pudo establecer

que ya hay directriz mediante correo a la profesional adscrita al Proceso de Comunicaciones, por parte de la Alta Dirección para que se publiquen las actas resultado de las sugerencias recibidas a través del buzón.

La segunda se refiere con el tema de liderazgo frente al Sistema de Gestión de la Calidad, el cual reporta el Responsable del Proceso como acción abierta; toda vez que para la Norma NTC ISO 9001:2015 ya no es requisito tener representante de la Dirección; al respecto en el Acta del Comité Técnico 05 del 31 de Mayo de 2019, el señor Contralor determinó que la líder ante el SIG es la doctora Martha Rosmery Castrillón R. Secretaria General, hasta tanto dure su período como Contralor en la CDVC.

La tercera se presenta por las partes interesadas, al respecto el Comité evidencia las mismas debilidades de los demás Procesos; sin embargo, en consideración a la acción de mejora levantada en el ASIG, se determina esperar al cierre de la misma y hacer seguimiento posterior a los resultados

RESULTADOS

GESTIÓN DEL RIESGO

	2016	2017	2018
Riesgo	No. de veces que se Materializo	No. de veces que se Materializo	No. de veces que se Materializo
Rendición en línea a la AGR, con requerimientos posteriores	5	4	2
Falta de oportunidad en el trámite y respuesta de las denuncias	209	31	2
Fallas técnicas en el portal RCL			1
Liberación de informes sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas y métodos para el ejercicio del control fiscal, en especial la Guía de Auditoría de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca - GACDVC.		1	
No decretar y registrar las medidas cautelares a que hubiere lugar, una vez sean identificados los bienes del deudor			41
No tomar una decisión de fondo antes de cumplirse los 3 años de recepcionado el hallazgo o denuncia, fundamento del Proceso de Responsabilidad Fiscal conllevando a una posible prescripción.			24
Inoperancia y/o falla en los equipos técnicos de audio y grabación en la sala de audiencia			1
Perdida o daños de los bienes de la entidad		1	
Liberación de informes sin el cumplimiento de los requisitos establecidos en las normas y métodos para el ejercicio del control fiscal, en especial la Guía de Auditoría de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca - GACDVC.	1		
Perdida o daños de los bienes de la entidad	1		
Desmotivación de los funcionarios	1		
	217	37	71

En la tabla se muestra el comportamiento de los riesgos en la Entidad en los últimos tres años; al respecto se evidencia la mejora en la gestión del riesgo; es así que en las vigencias 2016 y 2017 el Proceso de Participación Ciudadana fue el Proceso con mayor reincidencia en la Entidad con la materialización respecto a *“Falta de Oportunidad en el Trámite y respuesta de las Denuncias”*; sin embargo, vale la pena resaltar el resultado de las vigencias 2017 y 2018 que muestran una disminución en la frecuencia del 85% y 94% respectivamente (variación).

Para la vigencia 2018 se materializan 6 riesgos, entre estos hay 2 riesgos del Proceso de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva; con una frecuencia de materialización que corresponde al 91.5 % del total de materializaciones de la vigencia. Esta circunstancia hace que se incremente la frecuencia de los riesgos a nivel institucional con respecto a la vigencia anterior.

De acuerdo a seguimiento efectuado por la Oficina de Control Interno a los 2 riesgos que más se materializaron en la Entidad, se pudo establecer que:

Entre los meses de enero hasta marzo del 2019 se han proferido doce (12) Autos de decreto de medidas cautelares a que hubiere lugar y se ha realizado circularización a la entidades, también se ha utilizado las plataforma de Runt y la consulta en el registro y notariado.

En el primer trimestre del 2019 hay setenta y tres (73) expedientes en los que no se ha tornado decisión de fondo antes de los tres años. Adicionalmente, han prescrito cinco expedientes por lo que este riesgo se encuentra materializado.

Una vez analizado el estado de materialización de los riesgos, el Comité considera que se debe suscribir un Plan de Mejoramiento con la Oficina de Control interno, el cual permitirá evidenciar que los riesgos se revaluaron, que se reconsideraron los controles existentes y se identificaron los responsables para que suscriban los planes de mejoramiento individual a que hubiere lugar.

Se recomienda que en el seguimiento que se realiza a los mapas de riesgos se evalúe la pertinencia sobre su actualización teniendo en cuenta entre otros, el número de veces en que se materializa el riesgo objeto de revisión; de manera que esto incida en la calificación del mismo, determinando objetivos y/o lineamientos para calificar su impacto.(vulnerabilidad).

De otro lado, se requiere que el responsable del Proceso evalúe la necesidad de actualizar su matriz de riesgos; calificando nuevamente la probabilidad de ocurrencia de los mismos, su impacto y/o valoración de controles.

ESTADÍSTICAS DE RIESGOS

Periodo	Total Riesgos	Materializados	Frecuencia
2013	60	7	162
2014	60	3	23
2015	64	3	11
2016	68	2	214
2017	70	4	37
2018	71	6	71

Al revisar la estadística de los riesgos se evidencia que desde 2013 a la fecha estos se han incrementado (documentado) en un 18%; pasando de 60 riesgos en 2013 a 71 en 2018.

CAMBIOS QUE PODRÍAN AFECTAR EL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

COD.	PROCESO	TIPO	CAMBIOS
P1	Planeación	Externo	Eliminación de las Contralorías
		Interno	Reducción del Presupuesto
P5	Control Fiscal	Externo	Proyecto de ley que incluye el control concomitante y preventivo adicional al control posterior y selectivo, que implica cambio en métodos para el ejercicio del control fiscal.
		Interno	Diseño de la nueva metodología para auditar a los sujetos y puntos de control bajo las normas ISSAI.
P6	Responsabilidad Fiscal	Externo	Proyecto de ley que incluye el control concomitante y preventivo adicional al control posterior y selectivo, que implica cambio en métodos para el ejercicio del control fiscal.
			Los proyectos de ley que se están cursando en el Congreso, para modificar el ejercicio del control fiscal y la forma de prestarlo. Lo que conllevaría a una nueva forma de prestación del ejercicio del Control Fiscal y del proceso de Responsabilidad Fiscal, que cambiaría totalmente la forma en que en la actualidad se lleva a cabo.
			La clasificación del Departamento del Valle del Cauca en categoría especial implicó una disminución del porcentaje de los ingresos corrientes de libre destinación para la

COD.	PROCESO	TIPO	CAMBIOS
			Contraloría, es decir menores ingresos para la entidad, lo que conlleva a tomar acciones de austeridad reduciendo los gastos de funcionamiento de la institución, como comisiones, desplazamientos, auxiliares de la justicia, visitas fiscales, entre otros
		Interno	Diseño de la nueva metodología para auditar a los sujetos y puntos de control bajo las normas ISSAI.
			La reducción en el presupuesto de la CDVC, ha generado intermitencia en la contratación de la planta temporal (son contratados por ciertos periodos), así las cosas durante los periodos que no se cuenta con planta temporal como la entidad tiene una planta permanente reducida acarrea un incremento en la carga laboral para los sustanciadores que son o de carrera o de provisionalidad al verse en la necesidad de reasignarles los expedientes que sustanciaban los de planta temporal
			Incremento de los hallazgos, más de 300 expedientes.
P7	Gestión Humana	Externo	Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG en el cual al Proceso de Gestión Humana se le da la característica de Proceso Estratégico.
		Externo	Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo el cual es de carácter obligatorio para todos los empleadores ya sean privados o públicos.
		Interno	Reorganización administrativa (Ordenanza 500 de 2018)
			Manual de Funciones y de Competencias Labores ajustado y actualizado.
P8	Recursos Físicos y Financieros	Externo	Normas Internacionales de Contabilidad para el Sector Público (NICSP)
		Interno	Actualización de procedimientos de acuerdo al nuevo marco normativo
P9	Recursos Informáticos	Externo	Decreto 1008 del 14 de junio de 2018 Por el cual se establecen los lineamientos generales de la política de Gobierno Digital.
			LEY 1341 DE 2009 – Por la cual se definen principios y conceptos sobre la sociedad de la información y la organización de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC), con la respectiva actualización del Proyecto de Ley de Modernización del Sector TIC
			Automatización de las actividades, con la creación de Sistemas de Información que agilicen los diversos procesos

COD.	PROCESO	TIPO	CAMBIOS
			Ley 1712 de 2014 – Transparencia y Derecho de Acceso a la Información.
		Interno	Aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, con las políticas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción. ✓ Gobierno Digital ✓ Seguridad Digital
			Adopción del Marco de Referencia y Arquitectura TI, de acuerdo a los lineamientos de MINTIC
			Elaboración del Instrumento de Evaluación MSPI para identificar el nivel de madurez en la implementación del Modelo de seguridad y Privacidad de la Información
P10	Gestión Documental	Externo	N.A
		Interno	Los cambios realizados según Ordenanza 500 de Diciembre de 2018 e implementación de MIPG; toda vez que se deben ajustar documentos del SIG
P11	Evaluación y Mejora	Externo	Normas expedidas por el Congreso de la Republica y decretos de reglamentarios de la función Publica
		Interno	Falta de recurso humano y capacitación para afrontar las responsabilidades de la implementación de MIPG.

GRADO EN QUE SE HAN LOGRADO LOS OBJETIVOS

Vigencia 2016

Temas	Peso Tema	Resultado Vigencia	Avance Año	Objetivos estrategicos	Peso Objetivo	Resultado Vigencia	Avance
Fortalecimiento del Control a la Gestion Fiscal	40	100%	40%	Fortalecer y Optimizar el Control Fiscal.	50	100%	50%
				Fortalecer el Sistema de Rendición de Cuentas en Línea RCL y el Observatorio de Control Fiscal	50	100%	50%
Participacion activa de comunidad en Control Fiscal	30	100%	30%	Fortalecer la participación ciudadana e institucional en el control fiscal	50	100%	50%
				Capacitar a la Comunidad Organizada en Control a la Gestión Fiscal	50	100%	50%
Responsabilidad Ambiental	15	100%	15%	Fortalecer la Vigilancia a la Gestión Fiscal Ambiental.	100	100%	100%
Fortalecimiento Institucional	15	100%	15%	Gestionar la Supervivencia y Desarrollo de la Contraloría	20	100%	20%
				Gestionar el Fortalecimiento Institucional y Financiero	40	100%	40%
				Mejorar las Competencias Laborales.	10	95%	10%
				Mejorar el Clima Organizacional.	5	100%	5%
				Determinar las Cargas Laborales por Proceso	5	100%	5%
				Fortalecer la Comunicación Interna y Externa.	20	100%	20%

INFORMES DE CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LA CALIDAD (ESTRATÉGICOS) 2016-2018

Vigencia 2017

Temas	Peso Tema	Resultado Vigencia	Avance Año	Objetivos estrategicos	Peso Objetivo	Resultado Vigencia	Avance
Fortalecimiento del Control a la Gestion Fiscal	40	100%	40%	Fortalecer y Optimizar el Control Fiscal.	50	100%	50%
				Fortalecer el Sistema de Rendición de Cuentas en Línea RCL y el Observatorio de Control Fiscal	50	100%	50%
Participacion activa de comunidad en Control Fiscal	30	100%	30%	Fortalecer la participación ciudadana e institucional en el control fiscal	50	100%	50%
				Capacitar a la Comunidad Organizada en Control a la Gestión Fiscal	50	100%	50%
Responsabilidad Ambiental	15	100%	15%	Fortalecer la Vigilancia a la Gestión Fiscal Ambiental.	100	100%	100%
Fortalecimiento Institucional	15	100%	15%	Gestionar la Supervivencia y Desarrollo de la Contraloría	20	100%	20%
				Gestionar el Fortalecimiento Institucional y Financiero	40	100%	40%
				Mejorar las Competencias Laborales.	10	100%	10%
				Mejorar el Clima Organizacional.	5	100%	5%
				Determinar las Cargas Laborales por Proceso	5	100%	5%
				Fortalecer la Comunicación Interna y Externa.	20	100%	20%

Vigencia 2018

Temas	Peso Tema	Resultado Vigencia	Avance Año	Objetivos estrategicos	Peso Objetivo	Resultado Vigencia	Avance
Fortalecimiento del Control a la Gestion Fiscal	40	94%	37%	Fortalecer y Optimizar el Control Fiscal.	50	87%	44%
				Fortalecer el Sistema de Rendición de Cuentas en Línea RCL y el Observatorio de Control Fiscal	50	100%	50%
Participacion activa de comunidad en Control Fiscal	30	100%	30%	Fortalecer la participación ciudadana e institucional en el control fiscal	50	100%	50%
				Capacitar a la Comunidad Organizada en Control a la Gestión Fiscal	50	100%	50%
Responsabilidad Ambiental	15	100%	15%	Fortalecer la Vigilancia a la Gestión Fiscal Ambiental.	100	100%	100%
Fortalecimiento Institucional	15	100%	15%	Gestionar la Supervivencia y Desarrollo de la Contraloría	20	100%	20%
				Gestionar el Fortalecimiento Institucional y Financiero	40	100%	40%
				Mejorar las Competencias Laborales.	10	100%	10%
				Mejorar el Clima Organizacional.	5	100%	5%
				Determinar las Cargas Laborales por Proceso	5	100%	5%
				Fortalecer la Comunicación Interna y Externa.	20	100%	20%

El período del señor Contralor Departamental es de 4 años, este último período inició en el año 2016; para lo cual se proyectó un Plan Estratégico para cubrir las 4 vigencias objeto de gestión 2016-2019.

En las dos primeras vigencias (2016 y 2017) se cumplió con el 100% de la totalidad de los objetivos estratégicos según el Plan; sin embargo, para la vigencia 2019 el objetivo estratégico “Fortalecer y Optimizar el Control Fiscal” se cumplió en un 68%. Es preciso tener en cuenta que este objetivo lo conforman dos resultados; el primero tiene que ver con “El control y Vigilancia con cobertura, calidad y oportunidad adecuadas” y corresponde al Proceso de Control Fiscal, el cual se cumplió en un 100%; el segundo resultado corresponde al Proceso de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva, con el resultado “*Procesos de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva oportunos, que determinen el responsable y la cuantía del detrimento, para optimizar el resarcimiento del daño patrimonial*”, este objetivo se cumplió en un 68%; que a pesar que no impacta significativamente el cumplimiento del Plan Estratégico, si prende las alertas de la Alta Dirección para realizar un monitoreo constante y así corregir las desviaciones para asegurar el total cumplimiento de lo planeado.

Se debe considerar el volumen de hallazgos que está recibiendo el Proceso de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva; especialmente por parte del Proceso de Participación Ciudadana, lo cual genera carga adicional para el Proceso.

MEDICIÓN CONSOLIDADA DEL PLAN ESTRATÉGICO

Plan Estratégico 2016-2019			
Año	Peso Año	Resultado Vigencia	Avance
2016	15	100%	15%
2017	30	100%	30%
2018	40	97%	39%
2019	15	0%	0%
Total Avance	100		84%

DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS

En los resultados del Plan de Acción se muestra el comportamiento de la gestión por Proceso; es preciso recordar el cumplimiento efectuado por los Procesos en vigencias anteriores.

Resultados plan de acción			
Procesos	Ejecución 2017	Ejecución 2018	Variación
Planeación y Direccionamiento Gerencial	100,0	100,0	0%
Gestión Jurídica	97,5	100,0	3%
Comunicación Pública	99,5	99,5	0%
Participación Ciudadana	100,0	100,0	0%
Control Fiscal	100,0	100,0	0%
Responsabilidad fiscal y Jurisdicción Coactiva	97,0	84,0	-13%
Gestión Humana	100,0	100,0	0%
Recursos físicos y Financieros	100,0	99,5	-1%
Recursos Informáticos	100,0	100,0	0%
Gestión Documental	99,1	100,0	1%
Evaluación y Mejora	100,0	100,0	0%

La variación más significativa se evidencia en 2018 por el Proceso de Responsabilidad y Jurisdicción Coactiva Fiscal (-13%); en tal sentido la Responsable del Proceso viene tomando las acciones y controles necesarios para lograr la meta establecida; es así

Actualmente la oficina de planeación se encuentra en proceso de adaptación implementación de MIPG, lo cual constituye una fortaleza para la entidad al implementar una herramienta que prácticamente será el estándar nacional en materia de planeación, gestión y calidad.

Se logró en el año 2018 la transición a la nueva versión de la norma ISO pasando de la 2008 a la versión 2015, lo que se traduce en un avance de la entidad en cuestión de calidad.

Se cumplen con los informes de ley en los términos establecidos.

Como fortaleza tenemos que se trabajó de manera conjunta con la AGR para lograr que la entidad rindiera la información los sujetos de RCL directamente en la plataforma SIA Observa, evitando así un doble proceso para nuestros sujetos de control, este proceso lleva un avance de un 70%, aún quedan situaciones susceptibles de mejora por parte de las plataformas de ambas entidades.

El suministro oportuno de la información por parte de los procesos en algunas ocasiones se constituye en una dificultad, sobre todo cuando se trata de elaborar los informes obligatorios que se deben producir por esta oficina, al igual que al momento de rendir la cuenta a la AGR, pues esta situación hace que sea compleja la labor de verificación. Relacionado también con el suministro de información está la falta de análisis adecuado que realizan los procesos sobre la información que producen, esto hace más dispendiosa la producción de informes que serán insumo de la alta dirección.

Proceso de Evaluación y Mejora (11)

El doctor Andrés Murillo Jefe de la Oficina de Control Interno, informa que en las vigencias 2017 y 2018 no se le materializaron riesgos a su Proceso, esto en razón a la aplicación de los controles establecidos para cada uno de ellos.

Como indicadores relevantes presenta: Grado de cumplimiento de los requisitos de norma, el cual aporta al fortalecimiento del control interno y el avance de la gestión la entidad tiene resultados sobresalientes. En los componentes del nuevo MECI.

Considera como fortaleza del Plan Estratégico que la Entidad se encuentra Certificada con la NTC ISO 9001:2015.

No suscribió oportunidades de mejora en su Proceso.

Desarrolla las partes interesadas de su Proceso y los aportes que realiza el Proceso a estas.

Resultados Auditorías al Sistema Integrado de Gestión 2016-2017 y 2018

Oportunidades de Mejora

PROCESO	A. Resultados ASIG P11									Numerales do mayor incumplimiento	
	Oportunidades de Mejora			Estado actual						Numeral	Causas más frecuentes
				2016		2017		2018			
	16	17	18	A	C	A	C	A	C		
P1	5	1	5		5		1	1	4	8.6	ISO 9001:2015
P2			3						3		
P3	1	1			1		1		0		
P4	3	3	1		3	1	2	1		8.5.5	ISO 9001:2015
P5	3	9	7		3	1	8	5	2		
P6	6	3	5		6		3	3	2		
P7	10	6	6	1	9		6	4	2		
P8	1	3	3		1		3	1	2		
P9			1						1	8.2.3	ISO 9001:2015
P10	2	1	3		2		1		3		
P11											
TOTAL	31	27	34	1	30	2	25	15	19		

No Conformidades

En la vigencia 2018 se levantaron 3 No Conformidades 6 menos que en la vigencia anterior. De las 3 levantadas en la presente vigencia ya hay una cerrada.

PROCESO	A. Resultados ASIG P11									Numerales do mayor incumplimiento	
	NC			Estado actual						Numeral	Causas más frecuentes
				2016		2017		2018			
	16	17	18								
P1	1	4	1		1		4	1		8.6	ISO 9001:2015
P2											
P3											
P4	1	3			1		3			8.5.5	ISO 9001:2015
P5	1	2			1		2				
P6	1		1		1			1			
P7	1				1						
P8	2				2						
P9	0		1						1	8.2.3	ISO 9001:2015
P10	0										
P11	0										
TOTAL	7	9	3		7		9	2	1		

CONSOLIDADOS NO CONFORMIDADES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA 2016-2017 Y 2018

Total No Conformidades y Oportunidades de Mejora 2016

No conformidades y acciones correctivas entidad 2016 (P11)							
Numero No conformidades total entidad				No Acciones de mejora total entidad			
Fuente	No.	A	C	Fuente	No.	A	C
ASIG	7		7	ASIG	31	1	30
AGR	10		10	NA			
ICONTEC	2		2	ICONTEC	28		28

No conformidades y acciones correctivas entidad 2016 (P11)							
Numero No conformidades total entidad				No Acciones de mejora total entidad			
Fuente	No.	A	C	Fuente	No.	A	C
OTRAS	2		2	CONTROL INTERNO CONTABLE			
				OTRAS	10		10
				REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	2		2
Total entidad	21		21	Total entidad	71	1	70

El 77% de los 92 hallazgos levantados en 2016 corresponden a acciones de mejora. Las auditorías efectuadas al Sistema Integrado de Gestión es la fuente por la que más se levantan hallazgos (38), seguida de la Auditoría de Icontec con 30.

Una acción de mejora correspondiente a 2016 aún se encuentra abierta, la cual representa el 0.92% del total. El Comité considera se deben tomar las acciones tanto por parte del Proceso responsable del cierre, como por la Oficina de Control Interno para que se tomen las acciones pertinente para su cierre a la mayor brevedad posible; de no ser así, esta acción se levantará como No Conformidad para el Proceso responsable.

Total No Conformidades y Oportunidades de Mejora 2017

No conformidades y acciones correctivas entidad 2017 (P11)							
Numero No conformidades total entidad				No Acciones de mejora total entidad			
Fuente	No.	A	C	Fuente	No.	A	C
ASIG	9		9	ASIG	27	2	25
AGR	23	-	23	NA	-	-	-
ICONTEC	2	-	2	ICONTEC	13	2	11
OTRAS	2	0	2	CONTROL INTERNO CONTABLE	1	-	1
				OTRAS	12		12

No conformidades y acciones correctivas entidad 2017 (P11)							
Numero No conformidades total entidad				No Acciones de mejora total entidad			
Fuente	No.	A	C	Fuente	No.	A	C
Total entidad	36	0	36	Total entidad	53	4	49

El 60% de los hallazgos levantados corresponden a oportunidades de mejora; 36 de los 99 hallazgos corresponden a la Auditoría del ASIG, 15 a Icontec y 23 levantados por la Auditoría General de la República.

4 acciones de mejora de las 53 levantadas en 2017 aún se encuentran en ejecución se recomienda por parte del Comité se realicen las acciones pertinentes para su cierre, de lo contrario esta acción se levantará como No Conformidad por parte de Revisión por la Dirección al Proceso responsable

Total No Conformidades y Acciones de Mejora 2018

No conformidades y acciones correctivas entidad 2018 (P11)							
Numero No conformidades total entidad				No Acciones de mejora total entidad			
Fuente	No.	A	C	Fuente	No.	A	C
ASIG	3	2	1	ASIG	11	3	8
AGR	34	34		NA	-	-	-
ICONTEC				ICONTEC	8	2	6
		-		CONTROL INTERNO CONTABLE	2	1	1
OTRAS	0	-	0	OTRAS	14	6	8
Total entidad	37	36	1	Total entidad	35	12	23

La Auditoría General de la República identificó 34 de los 72 Hallazgos levantados para la vigencia 2018, 14 hallazgos se levantaron por ASIG y 8 por Icontec.

Respecto de la Auditoria realizada a la vigencia 2018, el 97% de las no conformidades detectadas por las distintas fuentes ya se cerraron; también se encuentran cerradas el 66% de las Oportunidades de Mejora levantadas para esta vigencia.

Entre las causas raizales más comunes sobresalen las adjudicadas al recurso humano y en menor porcentaje falta de recursos.

De otro lado, considera el doctor Andrés Murillo que el Proceso más vulnerable de acuerdo a lo expuesto es el de Responsabilidad Fiscal, debido a las prescripciones que se están materializando.

1. SALIDAS REVISION POR LA DIRECCION

La Revisión por la Dirección se cierra presentando las recomendaciones para la mejora, necesidades de cambio del SIG y necesidad de recursos; de una manera general y de acuerdo con una conceptualización y apreciación de los Responsables de los Procesos; esto en su conjunto se puede ver como la forma que la Entidad busca mejorar continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad mediante el uso de la política y los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías internas, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la misma Revisión por la Dirección.

OPORTUNIDADES DE MEJORA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN 2018

#	DESCRIPCION DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	PROCESO RESONSABLE
1	Se hace necesaria la formulación de un indicador que mida el crecimiento de las redes sociales de la Entidad, muy importantes en la comunicación con la comunidad	Comunicación Pública (P3)
2	Se hace necesario revisar las partes interesadas de todos los Procesos y clasificarlas en internas y externa.	Todos los Procesos con el apoyo del Proceso de Planeación
3	El importante que los Responsables de Proceso en el momento que se materialice algunos de sus riesgos, efectúen una reevaluación de los controles o actividades que les permita identificar la causa de la materialización y tomar las acciones correctivas respectivas. De igual forma la Oficina de Control Interno en el seguimiento que realiza, debe verificar la reevaluación de controles de los riesgos materializados por parte del Responsable, especialmente aquellos cuya materialización es reiterativa	Todos los Procesos y Oficina de Control Interno
4	Ejecutar el procedimiento M2P4-07 (Producto No Conforme) para así controlar y dar tratamiento a las No Conformidades y Productos No Conformes	Participación Ciudadana

#	DESCRIPCION DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	PROCESO RESONSABLE
	resultado de la aplicación del Procedimiento M2P4-05, en el entendido que en algunos casos se requieren ajustes para corregir las desviaciones que se puedan presentar.	
5	Se hace necesario realizar las acciones pertinentes para gestionar los ajustes al aplicativo RCL en los módulos propuestos; de manera que no se afecte el cumplimiento de los objetivos del Plan Estratégico de la Entidad.	Proceso de Control Fiscal
6	Se hace necesario implementar nuevos indicadores en las diferentes fases del Proceso P6, de manera que se pueda identificar fácilmente las fases más susceptibles a los riesgos y así gestionarse mejor.	Proceso de Responsabilidad Fiscal
7	Por decisión de la alta dirección se hace necesaria la implementación del MIPG en la Entidad	Planeación y Direccionamiento Gerencial y todos los Procesos
9	Se hace necesario documentar la sustanciación de la segunda instancia del Proceso Sancionatorio para el Señor Contralor.	Subcontraloría

NO CONFORMIDADES RESULTADO DEL PROCESO DE REVISIPON POR LA DIRECCION

#	DESCRIPCION DE LA NO CONFORMIDAD	PROCESO RESONSABLE
1	No se evidencia en el SIG los ajustes que genera la Ordenanza 500 de Diciembre 7 de 2018; “Por medio de la cual se modifica parcialmente la Organización Estructural de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca y se Crea la dependencia de Subcontraloría”. (Manual de Calidad, TRD, y demás documentos que implique cambios)	Proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial y demás Procesos con modificaciones en la Ordenanza
2	La muestra tomada para realizar las encuestas de percepción del cliente y partes interesadas en cuanto a Sujetos de Control, Concejos, Asambleas y PQD, no son representativas; así mismo, la retroalimentación del cliente es manejada deficientemente por el Proceso; hechos que se presentaron también en la Revisión por la Dirección anterior y que se dio tratamiento como Oportunidad de Mejora. Al no haberse tomado acciones eficaces en el manejo de la observación, esta pasa a ser una No Conformidad.	Participación Ciudadana

1.1 CONFORMIDAD DEL SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Los resultados del ejercicio de Revisión por la Dirección, permiten conceptuar sobre la conformidad del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca, en los siguientes términos:

- ✓ **Conveniente.** Se evidencia la alineación de los objetivos de los Procesos con los Objetivos Estratégicos de la Entidad, los cuales se han estructurado de tal manera que están enfocados directamente hacia el cumplimiento del Plan Estratégico 2012-2015.
- ✓ **Adecuado para la entidad.** Los resultados presentados en esta Revisión por la Dirección, muestran la consistencia de cada uno de los aspectos fundamentales de la Calidad en pro del mejoramiento continuo de la Organización.
- ✓ **Eficiente.** Se ha trabajado en la optimización de los recursos en cada una de las actividades identificadas en el SIG; adicionalmente, la inversión en las capacitaciones brindadas por la entidad ha permitido la participación activa y el empoderamiento de los Responsables de Proceso, de los funcionarios y de los auditores internos en el desarrollo de las auditorías y en la calidad de la información brindada a nuestros partes interesadas.
- ✓ **Eficaz.** Se tiene el logro de los Objetivos Estratégicos, lo cual se evidencia en medición de la autogestión de cada proceso, a través de sus indicadores de gestión y resultados.
- ✓ **Efectivo.** Se muestra un impacto positivo generado a través de la gestión, lo cual se evidencia en los resultados de la Rendición de Cuentas que el contralor presenta a la comunidad vallecaucana y se muestra en los resultados de las diferentes encuestas aplicadas a las partes interesadas y comunidad en general.

DIANA PAOLA URREGO TRUJILLO

Contralora Departamental del Valle (E)

ARTURO FERNANDEZ MANRIQUE

Subcontralor (no sé si en la fecha estaba en la Entidad el dr Arturo)

