COMITÉ TÉCNICO

ACTA No.11
8 de octubre de 2020

ORDEN DEL DÍA

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

El doctor Diego Armando García Becerra Subcontralor del Valle del Cauca da inicio al Comité Técnico dando un saludo a la Señora Contralora, doctora Leonor Abadía Benítez y a todos los asistentes.

Posteriormente la doctora Leonor Abadía Benítez Contralora Departamental del Valle del Cauca, explica que, de acuerdo a los procedimientos documentados del SIG, la entidad mantiene en permanente revisión y evaluación a través de la Oficina de Planeación y la Oficina de Control Interno. Adicionalmente, también evalúa a la entidad, la Auditoría General de la República con resultados en sus informes que son tomados como insumo para el mejoramiento continuo de la gestión fiscal institucional.

Así mismo, se cuenta con la cultura del autocontrol que permite a los funcionarios de la Contraloría evaluar el desempeño de los planes de acción, las actividades, detectar desviaciones del sistema, efectuar correctivos, mejorar y suscribir planes de mejoramiento cuando se re quiera. En tal sentido, invita a los miembros del Comité a que de acuerdo al resultado de este ejercicio se tomen las acciones pertinentes con la mayor prontitud.

Explica, que de acuerdo al numeral 9.3 de la norma NTC ISO 9001:2015, la alta dirección de las entidades certificadas debe realizar un informe al Sistema de gestión de Calidad, en nuestro caso al Sistema Integrado de Gestión SIG, buscando asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y la alineación permanente con la planeación estratégica de la Entidad.

Precisa, que básicamente en este ejercicio revisaremos la última vigencia de la administración anterior (2019) y el comportamiento general del cuatrienio, y considera la posibilidad de implementar acciones dirigidas a obtener la mayor calidad posible de los servicios y productos entregados a los clientes.

Continua el doctor Diego Armando García Becerra Subcontralor, realizando una breve explicación sobre la metodología utilizada para la elaboración del Informe de Revisión por la Dirección para la vigencia 2019; explicando sobre la metodología utilizada para su elaboración, la solicitud de insumos a cada uno de los Procesos, los informes de gestión, de rendición de cuenta, planes de mejoramientos, productos no conforme, encuestas de satisfacción del cliente, resultados de auditorías internas, indicadores, riesgos y demás resultados obtenidos de nuestra gestión del SIG.

Explica cómo se llevará a cabo la presentación; al respecto, considera debe adelantarse de acuerdo al orden del Mapa de Procesos, iniciando con el Proceso de Gestión Jurídica (P2); toda vez, que requiere que el Procesos de Planeación y Direccionamiento Gerencial (P1), realice su presentación al final del ejercicio, conjuntamente con el Proceso de Evaluación y Mejora con el fin que apoyen y/o aclaren de ser necesario, los resultados presentados por los demás Procesos; además de presentar los resultados consolidados institucionales.

Así las cosas, se inicia la presentación de acuerdo a lo propuesto:

2.1 Proceso de Gestión Jurídica (P2)

La doctora Claudia J Luna Giraldo Jefe de la Oficina Jurídica inicia con la presentación de los resultados de su proceso; explica que las evidencias encontradas en el Proceso muestran que se realizan revisiones frente al cumplimiento de la Planeación Estratégica del Proceso, así como de la ejecución y revisión de los riesgos y cumplimiento de indicadores.

Manifiesta que de acuerdo a los insumos presentados por su Proceso los resultados evidenciados son los siguientes:

Frente a los riesgos de su proceso, la doctora indica que no se materializó ninguno durante 2019, en razón a la efectividad de los controles aplicados en cada una de las actividades propias de los procedimientos y a la aplicación del estatuto anticorrupción.

Considera como fortaleza en la aplicación del Plan Estratégico; el reto de cumplir y superar las metas establecidas para la vigencia 2019, pese a que gran parte de la misma se contó con dos funcionarios, situación que no impidió superar lo planeado, contribuyendo así con el fortalecimiento institucional y financiero.

Los resultados de sus indicadores muestran la efectiva gestión realizada en cuanto a la representación Judicial de la Entidad, en razón a que se intervino oportuna y eficazmente en cada una de las etapas procesales ejerciendo en debida forma la defensa judicial de la entidad, vigencia que culminó con un 98% de fallos a favor.

En cuanto al grado de gestión de los contratos se atendieron todas las solicitudes, las cuales culminaron con la suscripción de contratos, previo al procedimiento legal de selección contenido en la Ley 80 de 1993, ley 1150 de 2007 y decreto único reglamentario 1082 de 2015, obteniendo para la entidad los bienes y servicios requeridos para su normal funcionamiento

2.2 Proceso de Comunicación Pública (P3)

El Ingeniero Oscar Molano, responsable del Proceso informa que durante la vigencia 2019, no se materializó en el Proceso ninguno de los 3 riesgos, gracias a los controles efectuados.

Presenta como fortaleza el cumplimiento de las metas de los 4 indicadores del Proceso; tres de los cuales superaron la meta.

En cuanto al cumplimiento de metas del Plan de Acción se logró un cumplimiento 20% por encima de lo planeado.

Se cumplió con la totalidad de estrategias, actividades, metas y objetivos propuestos en el Plan Estratégico 2016-2019, tal como se evidencia en los informes de gestión y los de la Oficina de Planeación

Se ajustó la página de la Contraloría Departamental a la Ley 1712 de 2014, el Estatuto Anticorrupción y a la Estrategia de Gobierno en Línea.

Se fortalece la comunicación externa, que ofrece información, permanente, oportuna, veraz y de fácil accesibilidad, permitiendo espacios efectivos de interacción con la comunidad y partes interesadas.

Se fortalecieron las redes sociales (WhatsApp, Facebook, Twitter, Youtube, y la App “Valle denuncia”), como medios efectivos

Como oportunidad de mejora se evidencia la necesidad de ajustar los procedimientos y revisar todos los documentos del SIG.

En razón a la reubicación del Proceso en la estructura de la Oficina de las TIC, se deben revisar y ajustar las Tablas de Retención Documental respectivas.

Al proceso de Comunicación Pública no se le detectaron productos no conformes.

En la Auditoría Interna al Sistema Integrado de Gestión (ASIG), se registran como oportunidades de mejora: realizar los círculos de mejoramiento, impulsar actividades de autocontrol tendientes a la interiorización del Código de Integridad, diseñar indicadores, de seguimiento, realizar la medición y análisis de la conformidad del producto y la gestión documental, entre ellas, actualizar el logo institucional, permitirán la toma de

decisiones oportunas y con calidad y el mejoramiento del proceso; actividad que se encuentra abierta y en ejecución por parte de todo los Procesos.

2.3 Proceso de Participación Ciudadana (P4)

La responsable del Proceso doctora Martha Isabel Gutiérrez Segura presenta la información correspondiente a su Proceso.

Frente al manejo de los riesgos informa que sólo se materializó en la vigencia 2019 el riesgo de "*Rendición a la AGR con correcciones por requerimiento posterior"*; sin embargo, una vez cruzada la información con el informe de autoevaluación de la gestión publicado en la web, se evidencia que se materializó también en dos oportunidades en esa vigencia el riesgo "*Falta de oportunidad en el trámite y respuesta de las denuncias*".

A marzo 31 de 2020 el comportamiento de los riesgos presento debilidades en los controles toda vez que transcurrido este primer trimestre del año se materializaron dos riesgos diferentes; como fue, el de "Falta de oportunidad en la recolección de información en la encuesta de satisfacción del cliente", las cuales no se llevaron a cabo, así mismo, la "falta de oportunidad en el trámite y respuesta a las denuncias" hicieron que este riesgo según el cuadro estadístico de ocurrencia se materializara con 9 denuncias respondidas fuera de términos.

En la vigencia 2020 se actualizó el mapa de riesgos el cual fue enviado a la Oficina de Planeación para aprobación y actualización en el SIG porque se eliminó el riesgo de incumplimiento en el Plan de Capacitaciones Externas del Proceso P4, porque actualmente forma parte del proceso de P7 de Gestión Humana acorde a la modificación según Ordenanza 500 de 2018.

Frente al tema considera la Señora Contralora, la necesidad de ajustar el procedimiento de riesgos, definiendo el término para que los procesos acaten la recomendación de reevaluación de los riesgos; de manera que no pasen largos períodos sin tomar decisiones sobre dichos resultados. En aquellos casos, que la materialización del riesgo sea muy alta, la Oficina de Planeación debe presentarlos en Comité para analizarlos y definir el plan de mejoramiento efectivo.

Continúa explicando, que para el caso del riesgo de "*Rendición a la AGR con correcciones por requerimiento posterior*" se ha materializado en todas las vigencias y para varios procesos; situación que debe ser reevaluada en términos de oportunidad para disminuir su frecuencia. La posibilidad de la materialización del riesgo en la Contraloría siempre está presente, por ello, de manera permanente se deben revisar los procesos y medidas de contingencia para validar su pertinencia en las circunstancias actuales. Reitera que en los casos que los riesgos reinciden en su materialización, se debe actuar con oportunidad para mitigar el impacto que este genera y evitar de esta forma su repetición.

Cuando se revalúa un riesgo, se deben evidenciar resultados de mejora que deben ser identificados y valorados.

Frente a los indicadores del Plan de Acción para el año 2019 explica la responsable del Proceso, se cumplieron en su totalidad dando como resultado El 100% de cumplimiento de metas.

Con la adopción del Plan Estratégico 2020-2021 *"Por todos y para todos"* se diseñaron nuevos indicadores con el fin de alinearlos a las metas del Plan Estratégico, los cuales fueron remitidos a la Oficina de Planeación conjuntamente con el Plan de Acción 2020.

En cuanto al Plan Estratégico refiere que la Dirección Operativa de Participación Ciudadana cumplió con la totalidad de estrategias, actividades, metas y objetivos propuestos en el Plan Estratégico 2016-2019, tal como se evidencia en los informes de gestión y los de la Oficina de Planeación, las cuales estaban dirigidas a cumplir con los objetivos estratégicos de:

- Capacitar a la comunidad organizada en Control a la Gestión Fiscal.
- Fortalecer la participación ciudadana e institucional en Control fiscal

Así mismo se logró cumplir con el Plan de capacitación externa brindando una programación de capacitación importante tanto a veedores, comunidad en general, así como a los funcionarios de los sujetos de control que les proporcionó herramientas necesarias para ejercer eficazmente el control fiscal participativo finalizando el 2019. El Proceso suscribió en 2019 10 oportunidades de mejora de las cuales 6 se encuentran cerradas y 4 aún se encuentran abiertas.

El Proceso realizó cambios a sus procedimientos según Ordenanza 500 de diciembre 7 de 2018.

En febrero 28 de 2020 se efectuaron cambios en el Procedimiento de Atención de Peticiones y Denuncias, así como la Guía para atención de denuncias y peticiones y se creó el anexo de Ruta de Atención de la misma.

Se realizaron cambios para ajustar y actualizar las partes interesadas acorde al Plan Estratégico, los riesgos derivados del proceso y la Ordenanza 500 de 2018:

En la columna PARTES INTERESADAS en lo corrido de la vigencia 2020 se identificaron 8 más, las cuales corresponden a:

1) Comunidad Interesada en la Gestión Publica
2) Procuraduría General de la Nación Fiscalía General de la Nación y Juzgados
3) Comunidad y Transparencia por Colombia
4) Comunidad en General
5) Peticionarios

6) Medios de Comunicación

7) Sujetos de Control, Concejos, Asamblea, Denunciantes y Comunidad interesada en el control a la Gestión Pública.

8) Contraloría General de la Republica

Frente a resultados de Productos No Conformes, estos no se reportaron por el Proceso.

Nivel de Satisfacción de los Clientes de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca -vigencia 2019

Con el objeto de medir la Satisfacción de los Clientes de la Contraloría Departamental del Valle del Cauca y en cumplimiento del procedimiento interno "Medición de la Satisfacción y Retroalimentación del Cliente", la Dirección Operativa de Participación Ciudadana durante la vigencia 2019, aplicó encuestas para medir el nivel de satisfacción de los siguientes sectores, hacia los cuales se dirige el quehacer misional de la Entidad, ellos fueron:

1. Concejos Municipales
2. Sujetos de Control Auditados
3. Asamblea Departamental
4. Comunidad que presenta Denuncias Ciudadanas
5. Comunidad que asistió al Acto Público de Rendición
6. Comunidad que recibe Capacitaciones Externas

Las encuestas fueron diseñadas con preguntas para valoración de uno (1) a cinco (5), siendo uno (1) la calificación más baja y cinco (5) la más alta con la siguiente representación a nivel de intervalos:

Puntos (Intervalo)	Nivel de Satisfacción
1.0 – 1.9	Muy bajo
2.0 – 2.9	Bajo
3.0 - 3.9	Medio
4.0 – 4.9	Bueno
5.0	Excelente

Percepción de los integrantes de los Concejos Municipales

Con el objeto de medir la Satisfacción del Cliente 2019 de los integrantes de los Concejos Municipales, se les aplicó la encuesta a 133 concejales de los municipios, los cuales tienen una percepción de buen nivel de satisfacción con relación a la gestión realizada por el Ente de Control, al emitir **una calificación promedio de 4,4 para las tres preguntas.**

Percepción de los Sujetos de Control Auditados

Con el objeto de medir la Satisfacción del Cliente 2019 de los Sujetos de control auditados, se les aplicó la encuesta a 49 Entidades, obteniendo como resultado una **calificación promedio de 4,8**, de las cuales 47 entidades se encuentran satisfechas calificando entre 4 y 5 las preguntas de la encuesta aplicada, representando el 96%.

Percepción de los integrantes de la Asamblea Departamental

Con el objeto de medir la Satisfacción del Cliente 2019 de los integrantes de la Asamblea Departamental del Valle, se les aplicó la encuesta a 15 Diputados.

Los diputados consideran que la labor de la CDVC contribuye con el mejoramiento de la calidad de vida de los Vallecaucanos. Así las cosas, se puede inferir que los diputados del Valle del Cauca tienen una percepción de buen nivel de satisfacción, con relación a la gestión realizada por el Ente de Control, al emitir **una calificación promedio de 4,13 para las tres preguntas, pero que comparada esta calificación** con relación a la vigencia anterior ha desmejorado, la cual estaba en un (4,75).

Como se observa en los resultados, de las 221 encuestas aplicadas a los clientes y partes interesadas durante la vigencia 2019, el 80% de ellos manifestaron estar satisfechos con la gestión adelantada por la Contraloría Departamental del Valle del Cauca y la calificación total consolidada de satisfacción del cliente alcanzo un promedio de 4,72.

Con las recomendaciones y comentarios se realizó traslado a los procesos responsables para la retroalimentación del cliente.

2.4 Proceso de Control Fiscal (P5)

El responsable del Proceso de Control Fiscal doctor Juan Pablo Garzón, informa que durante 2019 el Proceso cumplió con la totalidad de estrategias, actividades, metas y objetivos propuestos en el Plan Estratégico 2016-2019, tal como se evidencia en los informes de gestión y los de la Oficina de Planeación.

Explica que durante 2019 no se le materializaron riesgos en el Proceso. Los indicadores del Plan de Acción para el año 2019 se cumplieron en su totalidad dando como resultado el 100% de cumplimiento de metas.

Con la adopción del Plan Estratégico 2020-2021 *"Por todos y para todos"* se están diseñando nuevos indicadores con el fin de alinearlos a las metas del nuevo Plan Estratégico, los cuales fueron remitidos a la Oficina de Planeación conjuntamente con el Plan de Acción 2020.

Para la vigencia 2019 se suscribieron con la Oficina de Control Interno 7 oportunidades de mejora de las cuales hay 6 abiertas.

El Proceso cerró una No Conformidad levantada, en razón a los retrasos en la solicitud de los Procesos Sancionatorios. Esta situación se subsanó, efectuando la solicitud del Proceso Sancionatorio dentro de los términos determinados en el respectivo procedimiento.

El Director Operativo de Control Fiscal, para la vigencia 2019 considera que el Proceso aportó a sus partes interesadas elementos suficientes para la realización del Control Político que se debe ejercer por parte de las Corporaciones Públicas; igualmente, brindó información suficiente para la realización del Control Social por parte de la Comunidad Organizada.

En 2019 se identificaron 3 productos No Conformes.

2.5 Proceso de Responsabilidad Fiscal (P6)

La doctora Edna Ruth Ovalle Suaza Responsable del Proceso de Responsabilidad Fiscal, explica que durante la vigencia anterior el Plan de Acción se cumplió en un 91% respecto de la meta establecida (85%).

Se materializaron los siguientes riesgos en 2019:

“No decretar y registrar las medidas cautelares a que hubiere lugar, una vez, sean identificados los bienes del deudor”; es preciso aclarar que durante las vigencias 2019 este riesgo se materializó 42 veces.

“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”; 65 veces. En 2020 se vuelve a presentar.

Es importante que el Proceso de Responsabilidad Fiscal revise este riesgo y tenga en cuenta los tiempos establecidos en la ley con el fin de minimizar su materialización.

Con los resultados de las materializaciones se deben reevaluar los controles por parte del Proceso, en cuanto a la revisión de los expedientes.

En cuanto a sus indicadores manifiesta la directora que se dio en la vigencia anterior un bajo cumplimiento de algunas de las metas establecidas, considera que los indicadores se diseñaron tomando en cuenta las principales actividades del proceso; sin embargo, espera reformarlos para que verdaderamente reflejen el fin de la gestión de la Dirección Operativa de Responsabilidad Fiscal (Subdirección de Investigaciones Fiscales y la Subdirección de Jurisdicción Coactiva). *Toda vez, que se confunde el medio con el fin*.

La Señora Contralora toma la palabra y pregunta si ya se ajustaron los indicadores del proceso de Responsabilidad Fiscal; toda vez que considera que estos resultados no pueden seguirse presentando.

Adicionalmente manifiesta que el Proceso tiene las siguientes oportunidades de mejora en ejecución:

1.- Analizar el procedimiento M2P6-01 procedimientos para procesos de Responsabilidad Fiscal y en la el M2P6-06 de Secretaria Común y M2P6-05 Proceso Administrativo de Jurisdicción Coactiva.

- Realizar las modificaciones que resulten del análisis de estos procedimientos.
- Presentar las modificaciones de los cambios de acuerdo al procedimiento

2.- Riesgo 1: Generar advertencia inmediata a los sustanciadores respecto de los procesos que no reporten estudios de bienes dentro de los 6 meses de cada año; señalando que, en el evento de vencer los términos establecidos para efectuar el correspondiente estudio, se dará traslado del asunto a la oficina de Control Interno Disciplinario, por el presunto incumplimiento de funciones.

- Riesgo 2: Reevaluar el riesgo y presentar el cambio a la Oficina de Planeación "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."

- Realizar las modificaciones que resulten del análisis de estos procedimientos.

3.- Modificar los indicadores del proceso para que sirvan como medio de control en el cumplimiento de sus objetivos, los cuales son lograr el resarcimiento del daño y optimizar el trámite y desarrollo de los procesos con eficiencia y eficacia para el ejercicio del control fiscal.

4.- Se incluirá como parte de los cambios en los procedimientos para su respectiva aprobación, la creación de un índice donde se relacionen las actuaciones de fondo con la anotación del respectivo folio. Teniendo en cuenta que son alrededor de 400 procesos activos y el proceso cuenta con personal reducido, una vez aprobado en el procedimiento, se dará inicio a la creación del índice en los procesos nuevos apertura dos y se ira incluyendo paulatinamente a los demás procesos.

Frente a las acciones de Plan de Mejoramiento se tiene:

- 4 oportunidades de mejora en etapa de ejecución abiertas a 31 de diciembre de 2019.
- Respecto a las acciones correctivas, estas se encontraban abiertas a 31 de diciembre de 2019, a la fecha, se encuentran aún abiertas y fueron unificadas con las acciones correctivas de la AGR del 2020; toda vez, que a pesar que se levantaron por diferentes fuentes, presentaban características similares.

En cuanto a las partes interesadas explica se dio cumplimiento a las acciones y compromisos con otros procesos y con la Entidad, de acuerdo a la descripción del formato adjunto.

La doctora Rosmery Castrillon recomienda se realice revisión de las partes interesadas del Proceso, teniendo en cuenta que en algunos casos lo que se considera como parte interesada, no tiene ninguna relevancia para el Sistema Integrado de Gestión. (Muestra como ejemplo la parte interesada que aparece como P8, frente al requisito que son los elementos de oficina)

La Secretaria General considera que la Oficina de Planeación pueda apoyar este ejercicio, identificando los requisitos del cliente de acuerdo al impacto que causa en los servicios que presta la Entidad; así como a los riesgos. O sea que tengan verdadera relevancia y puedan causar algún impacto al SIG.

Se identificaron 26 Productos No Conformes durante la vigencia 2019, identificando como la causa frecuente, la *deficiencia en la sustanciación por el profesional a quien se le asigna el proceso,* lo que conlleva a la ocurrencia de las prescripciones, caducidad, falta de acervo probatorio para tomar decisiones, nulidades, vinculación de terceros, cumplimiento de medidas cautelares.

Es importante enunciar, explica la doctora Rosmery Secretaria General que para 2017 el Proceso de Responsabilidad Fiscal levantó 12 Productos no Conformes y para 2018 levantó 15; en tal sentido, reitera la necesidad de realizar un adecuado análisis de las causas raizales de los mismos, para darles un tratamiento adecuado.

2.6 Proceso de Gestión Humana (P7)

El doctor Jorge Alberto Plaza S. Responsable del Proceso de Gestión Humana, cumplió con la totalidad de estrategias, actividades, metas y objetivos propuestos en el Plan Estratégico 2016-2019, tal como se evidencia en los informes de gestión y los de la Oficina de Planeación.

Manifiesta el doctor Plaza S. que en la vigencia 2019 no se materializó ninguno de los 6 riesgos de su proceso; por el contrario, explica que hubo efectividad en los controles teniendo en cuenta que el nivel de algunos disminuyó.

Informa que para 2020 se actualizaron los riesgos.

En relación a los indicadores, considera como fortaleza el cumplimiento del Plan de Acción en un 100%, así como los demás indicadores, coadyuvando al cumplimiento del Plan estratégico.

Con la adopción del Plan Estratégico 2020-2021 *"Por todos y para todos"* se diseñaron nuevos indicadores con el fin de alinearlos a las metas del Plan Estratégico.

En el proceso de construcción del Plan Estratégico 2020-2021 *"Por todos y para todos*" se identificaron aspectos susceptibles de mejora que debían incluirse en este Plan, relacionados directamente con las políticas del MIPG que corresponden a la Dirección Administrativa de Gestión Humana y Financiera, como son la gestión estratégica del talento humano y la gestión del conocimiento y la innovación. En este sentido, prioriza las de mayor impacto:

- La gestión global de la Contraloría Departamental, atiende principios y estrategias de una Gestión Pública moderna
- La Contraloría Departamental logra posicionar un modelo de Control Fiscal moderno que da respuesta a los cambios de Ley y articula sinérgica y eficientemente sus procesos misionales
- La Contraloría Departamental ha aumentado su capacidad para el análisis e incidencia de temas de gran interés en el debate público
- La Contraloría Departamental avanza en el desarrollo de una ciudadanía activa e informada que participa productivamente en el ejercicio del Control Fiscal

En este sentido, el Proceso de Gestión Humana formuló el Plan de Acción 2020, diseñando estrategias para cumplir con estos 4 objetivos. (ver formato adjunto).

En cuanto a las oportunidades de mejora suscritas con la Oficina de Control Interno durante 2019, es importante anotar que las 6 acciones que se suscribieron fueron cerradas.

Las 3 Oportunidades de mejora resultado del anterior ejercicio de Revisión por la Dirección se encuentran cerradas, como son; la revisión de las partes interesadas, la reevaluación de los riesgos y la implementación del MIPG.

La No Conformidad levantada, que tenía que ver con" *De acuerdo a la Ordenanza 500 de diciembre de 2018 se debían ajustar los documentos del SIG que requirieran cambios*" se encuentra cerrada; toda vez que efectuó la reubicación de los funcionarios, derivados de la Ordenanza 500 de 2018 y actualizó y ajustó el Manual de Funciones y de Competencias Laborales. Igualmente, solicitó ajuste de las Tablas de Retención Documental TRD.

En cuanto a las partes interesadas, estas se ajustaron en junio de 2020 (ver formato numeral 8, Partes interesadas internas y externas)

Satisfacción del Cliente: Durante la vigencia de 2019 se realizaron las actividades: programadas conforme al Plan de Bienestar e Incentivos, que fueron desarrolladas en el Plan de Acción; el tamaño de la muestra fue de 52 funcionarios y el resultado obtenido muestra una satisfacción del 100%, lo que supera la meta planeada del 85%.

En lo relacionado a los resultados obtenidos de las actividades de: Programa de medicina preventiva y del trabajo, clases de yoga para los funcionarios y actividades de promoción y prevención, la muestra evaluada fue de 40 y la satisfacción fue del 85%. Al

respecto vale la pena informar que la única actividad que presentó inconformidad por parte de algunos funcionarios, fue la evaluación del riesgo psicosocial, dado que algunos servidores públicos tuvieron dificultades para diligenciar la batería en línea; no obstante, en lo anterior se contó con el apoyo del COPASST y de la subdirectora para subsanar los inconvenientes presentados. Los resultados de la batería se utilizaron como insumo para diseñar el programa de Vigilancia Epidemiológica.

El Proceso tuvo interacción con 3 proveedores externos a los cuales se les midió su desempeño de acuerdo a los formatos establecidos para su evaluación, cuyos resultados
se encuentran en las carpetas contractuales correspondientes; (Profesional en Psicología en la aplicación de pruebas psicotécnicas y acompañamiento psicológico, Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo en el apoyo en el diseño e implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y caja de compensación Comfandi en actividades de bienestar)

Todos los contratos fueron supervisados por la Subdirectora Administrativa de Personal y Carrera Administrativa.

2.7 Proceso de Recursos Físicos y Financieros (P8)

Inicia la doctora María Cecilia Caicedo Orozco responsable del Proceso de Recursos Físicos y Financieros, informando al Comité que su Proceso cumplió con las metas establecidas durante el cuatrienio anterior logrando el cumplimiento del Plan Estratégico 2016-2019; considera una fortaleza del Proceso la adecuada gestión de recaudo de los recursos; situación que facilitó a la entidad el cumplimiento de los planes y objetivos instituciones para la vigencia.

Frente al comportamiento de los riesgos de su Proceso, manifiesta tiene identificados 6 riesgos, entre ellos uno de corrupción, de los cuales en 2019 se materializó uno (1) llamado “Rendición en línea a la AGR con correcciones por requerimiento posterior”.

En cuanto al manejo de sus indicadores, indica se cumplieron satisfactoriamente logrando la meta establecida; para el nuevo Plan Estratégico “Por todos y Para todos”, manifiesta fue necesario realizar ajustes.

Resultado del ejercicio de revisión por la dirección se gestionaron 3 acciones las cuales se encuentran cerradas (Revisión y actualización de las partes interesadas y de los riesgos y la implementación de MIPG).

No tiene más acciones pendientes de Mejora ni No Conformidades.

2.8 Proceso Administración de Recursos Informáticos (P9)

Realiza la presentación el Ingeniero Oscar Molano Díaz. Responsable del Proceso. Informa que en el periodo de evaluación no se le materializó ningún riesgo en el Proceso y considera que los controles aplicados permitieron este resultado.

Considera como fortaleza el sobrepasar las metas establecidas en sus indicadores; especialmente el porcentaje de mantenimiento de equipos el cual tenía una meta establecida del 20% y se cumplió el 69%.

Se recomienda por parte del comité reconsiderar la meta del indicador.

Su Plan de acción, informa, lo cumplió en un 100%, en cuanto al objetivo de "Aumentar y actualizar la capacidad tecnológica logrando una mayor interacción con la ciudadanía".

No reporta oportunidades de mejora identificadas en su Proceso y los riesgos no se materializaron.

Considera como fortalezas de su Proceso:

- La existencia de programas, sistemas, planes, estrategias y modelos propios de la entidad.
- Los tiempos de respuesta adecuados en el servicio tecnológico que presta la Oficina TIC.
- La verificación positiva del grupo de Transparencia de la Procuraduría General de la Nación en matriz de la Res. Nal. 3564 de 2015
- Considera que como responsable del Proceso, posee amplia experiencia en políticas y procesos de TIC alineados con estándares internacionales y con los lineamientos del MINTIC.
- Ve la Entidad ajustada a estrategias establecidas para Gobierno Digital
- Plan de capacitaciones y gestión del cambio en Transformación Digital
- Entidad visible desde los medios de comunicación

2.9 Proceso de Gestión Documental (P10)

En lo ateniente al Proceso de Gestión Documental la doctora Martha Rosmery Castrillón Rodríguez Secretaria General y responsable del Proceso, informa sobre el comportamiento del Proceso durante 2019, presenta un cumplimiento del Plan de Acción del 100% y explica que cumplió con lo presupuestado en el cuatrienio 2016-2019.

Realiza la presentación del Informe. En cuanto a la gestión de riesgos del Proceso informa que para la vigencia 2019 no se le materializó ninguno de los 6 riesgos del Proceso

Sobre los riesgos explica que realizó para 2020 un ajuste a los Riesgos, específicamente al de deterioro de la información en el Archivo Central; toda vez que la probabilidad de ocurrencia disminuyó teniendo en cuenta las nuevas instalaciones del Archivo.

El Proceso tiene como fortalezas en 2019 los resultados presentados por los indicadores, específicamente en el de Percepción de Oportunidad del Servicio por parte del cliente tanto interno como externo de la ventanilla única, cuyos resultados sobrepasan la meta del 95%, así : 98% el cliente interno y 99% el cliente externo; el otro

indicador que se presenta como fortaleza es el de realización de las transferencias documentales al archivo central toda vez que se realizaron en un 100% encontrándose al día.

Otra fortaleza que tiene el Proceso tiene que ver con que el 100% de las dependencias cuentan con inventarios documentales de sus archivos de gestión.

En cuanto a las partes interesadas se identifica que se cumplió con los requerimientos de acuerdo a lo establecido.

No tenemos acciones abiertas en Planes de Mejoramiento.

2.10 Proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial (P1)

Toma la palabra el doctor Manuel Orozco responsable del Proceso,

Iniciando con la gestión realizada a los riesgos, explica que en 2019 no se materializó ningún riesgo al igual que en 2018; explica que esto se debe al seguimiento periódico y permanente que se realiza por parte del Proceso a estos, así como a los Indicadores y Plan de Acción, con el fin de identificar desviaciones que puedan afectar el cumplimiento del Plan Estratégico.

De los indicadores manifiesta que se cumplieron con todas las metas al 100% y como debilidad considera importante establecer indicadores de impacto para los Procesos Misionales.

Indica como fortaleza del Plan Estratégico 2016 – 2019 su cumplimiento, el cual alcanzó el 98% de cumplimiento.

Considera el Jefe de la Oficina de Planeación que existen cambios externos que pueden afectar tanto al Proceso y al Sistema Integrado de Gestión, relacionados con la implementación de la nueva guía de auditoria territorial, ya que se incluirán procedimientos nuevos y anexos. Adicionalmente también se esta brindando apoyo al proceso de Gestión Humana para integrar el SG-SST con el Sistema Integrado de Gestión.

En lo pertinente a las acciones de Revisión por la Dirección de la vigencia anterior, explica las dos acciones, así:

Fortalecer la aplicación del numeral 6.1, acciones para abordar el riesgo; como resultado actualmente se está culminando el proceso de articulación de los riesgos- partes interesadas con el nuevo Plan Estratégico.

Y frente a la acción de clasificar partes interesadas como internas y externas, estas ya se encuentran clasificadas; no obstante, se están definiendo nuevamente para que estén articuladas con el Plan Estratégico “*Por todos y para todos*”.

A la fecha el Proceso tiene 1 No Conformidad y 3 Oportunidad de Mejora abiertas.

Posteriormente el doctor Manuel Orozco desarrolla sus partes interesadas y su aporte al cumplimiento de las necesidades de las mismas indicando que se dio cumplimiento a todos los requisitos exigidos por cada una de ellas realizando una buena gestión.

2.11 Análisis Cumplimiento al Plan Estratégico

En la parte institucional, el jefe de la Oficina presenta los resultados del cumplimiento del Plan Estratégico 2018 - 2019.

2.11.1 Plan Estratégico 2018 - Cumplimiento

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%
Particpacion 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%

2.11.2 Plan Estratégico 2019 - Cumplimiento

Plan Estrategico medición año 2019										
Peso Año	Resultado año	Cumplimiento	Temas	Peso Tema	Resultado Vigencia	Avance Año	Objetivos estrategicos	Peso Objetivo	Resultado Vigencia	Avance
15	94%	14%	Fortalecimiento del Control a la Gestion Fiscal	40	86%	34%	Fortalecer y Optimizar el Control Fiscal.	50	72%	36%
							Fortalecer el Sistema de Rendición de Cuentas en Línea RCL y el Observatorio de Control Fiscal	50	100%	50%
			Particpacion 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%

Estos resultados obedecen a la contribución y Desempeño de los Procesos según la tabla.

2.11.3 Desempeño de los Procesos 2017-2018 y 2019

Resultados plan de acción			
Procesos	**Ejecución 2017**	**Ejecución 2018**	**Ejecución 2019**
Planeación y Direccionamiento Gerencial	100,0	100,0	100.0
Gestión Jurídica	97,5	100,0	100.0
Comunicación Publica	99,5	99,5	100.0
Participación Ciudadana	100,0	100,0	100.0
Control Fiscal	100,0	100,0	100.0
Responsabilidad fiscal y Jurisdicción Coactiva	97,0	84,0	77.8
Gestión Humana	100,0	100,0	100.0
Recursos físicos y Financieros	100,0	99,5	97.0
Recursos Informáticos	100,0	100,0	100.0
Gestión Documental	99,1	100,0	100.0
Evaluación y Mejora	100,0	100,0	100.0

El detalle del desempeño por procesos correspondiente a la vigencia 2019 se encuentra adjunto al Acta.

El doctor Manuel Orozco presenta el resultado consolidado del cumplimiento del Plan Estratégico, el cual logra un cumplimiento del 98%.

2.11.4 Medición consolidada del Plan Estratégico

PLAN ESTRATÉGICO 2016-2019			
AÑO	PESO	RESULTADO	AVANCE

	AÑO	VIGENCIA	
2016	15	100	15
2017	30	100	30
2018	40	97	39
2019	15	94	14
Total Avance	100		98

2.12 Riesgos

El comportamiento y Gestión de los riesgos durante las últimas vigencias ha sido la siguiente:

	2016	2017	2018	2019
Riesgo	***No. de veces que se Materializo***	***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	3
Falta de oportunidad en el trámite y respuesta de las denuncias	209	31	2	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	42
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	65
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**	**112**

El nivel de riesgo Global en la entidad disminuyo un 3% con respecto a la vigencia 2018.

2.12.1 Materialización

Durante la vigencia 2019 se materializaron los siguientes riesgos:

P	No.	Riesgo	Ocurrencia		No. Veces en que se materializó	Acción Sugerida
			SI	NO		
P4	1	Rendición a la AGR con correcciones por requerimiento posterior	SI		1	Analizar la Desviación
	2	Falta de oportunidad en el trámite y respuesta de las denuncias	SI		2	Analizar la Desviación
P5	3	Rendición a la AGR con correcciones por requerimiento posterior	SI		1	Analizar la Desviación
P6	4	No decretar y registrar las medidas cautelares a que hubiere lugar, una vez sean identificados los bienes del deudor	SI		42	Reevaluar Controles
	5	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.	SI		65	Reevaluar Controles
P8	6	Rendición a la AGR con correcciones por requerimiento posterior	SI		1	Analizar la desviación

Una vez que culmina la presentación el Proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial, la doctora Martha Rosmery Castrillón R., resalta la necesidad de iniciar una mejora al SIG que está directamente relacionada con los cambios aprobados mediante la Ordenanza 500 de diciembre de 2018 y lo cual conlleva a la revisión y ajuste de los procedimientos y tablas de retención documental TRD en los Procesos.

Frente al tema anterior se han realizado algunos ajustes; sin embargo, no se han surtido en su totalidad; como, por ejemplo:

- Incluir en el Proceso de Gestión Humana el Procedimiento de la Escuela de Capacitación y demás documentos pertinentes a esta subdirección– (una vez se realice esto el Proceso de Gestión Documental con la evidencia del Manual de funciones actualizado; podrán ajustar las TRD en su totalidad. A su vez también ordenar retirar este procedimiento y demás documentos del Proceso de Participación Ciudadana. Igual sucede con el Proceso de Comunicaciones y su integración al MOP dentro del Proceso de Recursos Informáticos.

- Todos los cambios deben ser aprobados a través del Comité de Gestión y Desempeño y posteriormente deben remitirse dichos cambios al Proceso de Gestión Documental junto con el acta para que se realicen los ajustes y se pueda actualizar el Manual de Procedimientos el cual se encuentra desactualizado.

- Una vez se cuente con todos los cambios, el Proceso de Gestión Documental podrá realizar el Proyecto de re estructuración a las Tablas de Retención Documental, en tanto, solo se podrán hacer ajustes con las series y subseries ya aprobadas en el Consejo Departamental de Archivo.

- Es importante que se revisen y ajusten, las caracterizaciones, partes interesadas, anexos, guías por todos los cambios generados.

2.13 Proceso de Evaluación y Mejora (P11)

El doctor Luis Fernando Restrepo Guzmán. Responsable del Proceso de Evaluación y Mejora informa al Comité que cumplió con la totalidad de las estrategias, actividades, metas y objetivos propuestos en el Plan Estratégico 2016-2019, tal como se evidencia en los informes de gestión y los de la Oficina de Planeación.

Considera como fortalezas, la Certificación de Calidad en la ISO 9001-2015 y la Implementación de MIPG; toda vez, que son herramientas que facilitan el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Informa que durante la vigencia 2019 no se le materializó ninguno de los riesgos y tampoco en lo corrido de la vigencia 2020; sin embargo, para esta vigencia actualizó su mapa de riesgos incluyendo *"Deficiencias en la implementación de la Política de Control Interno del Modelo Integrado de Planeación y Gestión*", el cual fue creado para dar cumplimiento a las políticas de la Señora Contralora, frente a la implementación de este Modelo en la Entidad.

Frente a los resultados de los indicadores del Plan de Acción para el año 2019, se cumplieron en su totalidad dando como resultado el 100% de cumplimiento de metas.

Con la adopción del Plan Estratégico 2020-2021 *"Por todos y para todos"* se diseñaron nuevos indicadores con el fin de alinearlos a las metas del Plan Estratégico, los cuales fueron remitidos a la Oficina de Planeación conjuntamente con el Plan de Acción 2020 para aprobación y publicación en la página web, así mismo, se actualizaron incluyendo indicadores de evaluación de la AGR.

Para la vigencia 2019 se tenía como debilidad la falta de funcionarios para llevar a cabo más procesos auditores.

El Proceso durante 2018 y 2019 no ha suscrito oportunidades de mejora

Para la vigencia 2020 se realizaron las siguientes actividades:

- Se realizó el procedimiento de auditoría interna basada en riesgos y sus anexos correspondientes, para llevar a cabo los procesos auditores internos, dicha acción se requería porque solo existía el procedimiento para la auditoria al SIG, se llevó a Comité Institucional de Gestión y Desempeño y fue aprobado.

- También se realizó el Plan de Fomento de la Cultura del Autocontrol como una nueva estrategia del proceso, el cual incluyo capacitaciones en Autocontrol y MECI, además, de enviar mensajes relacionados con estos temas.

Frente al estado de las acciones de Revisión por la Dirección manifiesta que su proceso suscribió 3 acciones las cuales ya se encuentran cerradas. A la fecha no tiene No Conformidades y en cuanto a las partes interesadas, en el mes agosto de 2020 se revisaron y actualizaron pasando a versión 2.0 y se remitieron a la Oficina de Planeación para aprobación y actualización en el SIG.

12.13.1 Auditoría Interna realizada al Sistema integrado de Gestión.

A. Resultados ASIG P11								
	No NC		No. OM		Estado actual		Numerales de mayor incumplimiento	
					A	C		
	19	20	19	20	2019	2020	Numeral	Causas más frecuentes
P1	1		6		X		5.1	Liderazgo y Compromiso
P2			2		X			
P3			1		X			
P4			2		X			
P5	1		7		X		8.2.3	Revisión de los requisitos relacionados con los productos y servicios
P6	1		2		X		7.5.3	Control de la información documentada
P7			4		X			
P8			1		X			
P9			2		X			
P10			3		X			
P11			1		X			

Todas las Oportunidades de Mejora detectadas fueron llevadas a plan de mejoramiento y se han cumplido las acciones propuestas.

12.13.2 No Conformidades y Acciones Correctivas por fuente

No conformidades y Acciones Correctivas Entidad 2019 (P11)			
Fuente	No.	A	C
2. Autoevaluación de la Gestión	2	1	1
3. Auditoría al Sistema Integrado de Gestión – ASIG	22	12	10
4. Auditoría de Calidad (Icontec)	3	2	1
5. Peticiones Quejas y Reclamos	1	1	0
8. Revisión por la Dirección	9	7	2
10. Riesgos del proceso	7	6	1
14. Sistema de Control Interno Contable	1	1	0
16. Auditoría General de la República	33	8	25
18. Otros	7	2	5
Total Entidad	**85**	**40**	**45**

12.13.3 Resultados y análisis de las No conformidades y acciones correctivas de la CDVC

Las no conformidades y oportunidades de mejora en la vigencia 2019 sumaron 85 entre las diferentes fuentes, logrando la Entidad cerrar 45 acciones en la misma vigencia, es decir un 56% de cumplimiento.

Para la vigencia 2019 las fuentes con más observaciones fueron Auditoría General de la Republica y la Aauditoría al Sistema Integrado de Gestión – ASIG, seguidos de Revisión por la Dirección, Riesgos del Proceso y otros respectivamente, así mismo, se puede manifestar que de las acciones cerradas la mayoría corresponden a la Auditoria General de la Republica y la Aauditoría al Sistema Integrado de Gestión – ASIG.

Los procesos más afectados con las observaciones realizadas por las diferentes fuentes en su orden son:

1. Responsabilidad Fiscal con el 35%
2. Participación Ciudadana con el 19%
3. Planeación Estratégica con el 12%
4. Jurídica, Control Fiscal y Recursos Físicos con el 7% cada uno

El Proceso de Responsabilidad Fiscal se ve altamente afecta por diversas circunstancias entre las cuales tenemos prescripciones y el incumplimiento de términos que se materializaron en gran cantidad.

En el proceso de Evaluación y Mejora no se le materializaron riesgos, esto en razón a la aplicación de los controles establecidos para cada uno de ellos, así mismo, solo se suscribió una oportunidad de mejora y se cerró en la misma vigencia.

En el primer semestre la vigencia 2020, de las 40 acciones que quedaron abiertas de la vigencia 2019, se cerraron 20, se podría expresar que de las 85 acciones de la vigencia 2019 al primer semestre de 2020 se han cerrado 65, es decir, el 75%.

12-13.4 Las No Conformidades y las acciones correctivas de cada proceso por las diferentes fuentes, y el estado de las mismas.

En el cuadro siguiente se presentan las 71 acciones que quedaron abiertas a septiembre 30 de 2019, las cuales se evaluaron con corte a 31 de marzo de 2020: 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 MARZO 31 DE 2020				
PROCESO	VIGENCIA DE LAS ACCIONES			% DE ACCIONES CUMPLIDAS
	TOTAL	CERRADAS	ABIERTAS	
Planeación y Direccionamiento Gerencial	8	0	8	0
Gestión Jurídica	7	7	0	100
Comunicación Publica	1	0	1	0

PLANES DE MEJORAMIENTO SUSCRITOS				
ESTADO ACTUAL DE LAS ACCIONES A MARZO 31 DE 2020				
PROCESO	VIGENCIA DE LAS ACCIONES			% DE ACCIONES CUMPLIDAS
	TOTAL	CERRADAS	ABIERTAS	
Participación Ciudadana	13	3	10	23
Control Fiscal	3	0	3	0
Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva	27	13	14	48
Gestión Humana	5	4	1	80
Recursos Físicos y Financieros	6	3	3	50
Administración de Recursos informáticos	0	0	0	0
Gestión Documental	0	0	0	0
Evaluación y Mejora	1	1	0	0
TOTAL ACCIONES	**71**	**31**	**40**	**44**

El único proceso que tiene acciones abiertas por Revisión por la Dirección es el Proceso de planeación y Direccionamiento Gerencial: Ocho (8) acciones abiertas que corresponden a: tres (3) de ASIG 2019, dos (2) de ICONTEC 2018, dos (2) de revisión por la Dirección y una (1) de Riesgos del Proceso

12.13.5 Acciones de Revisión por la Dirección

De las acciones de Revisión por la Dirección realizadas en la vigencia 2019 solo el Proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial tiene dos (2) acciones abiertas relacionadas así:

La primera se relaciona con “Se hace necesario revisar las partes interesadas de todos los Procesos y clasificarlas en internas y externa”, Se clasificaron las partes interesadas en internas y externas, pero estas deben ser articuladas con los riesgos, trabajo que está pendiente de realizar.

La segunda con “Por decisión de la alta dirección se hace necesaria la implementación del MIPG en la Entidad”, ya se adoptó el MIPG y se creó el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, pero no se han ejecutado las demás actividades del Hacer, Verificar y Actuar.

12.13.6 Informe de seguimiento de producto no conforme.

En la vigencia 2019 tal como lo expresaron los responsables de proceso que me antecedieron reportaron producto no conforme, el proceso de Responsabilidad Fiscal, es quien más reporto con lo relacionado con la prescripción de procesos de responsabilidad fiscal, situación que se presentó nuevamente durante la presente vigencia**.**

El Proceso de Responsabilidad Fiscal identifica 26 Productos no Conformes durante la vigencia 2019, identificando como la causa frecuente la deficiencia en la sustanciación

por el profesional a quien se le asigna el proceso, lo que conlleva a la ocurrencia de las prescripciones, caducidad, falta de acervo probatorio para tomar decisiones, nulidades, vinculación de terceros, cumplimiento de medidas cautelares.

Dado lo anterior se suscribieron 5 acciones de mejoramiento con la Oficina de Control Interno las cuales se encuentran cerradas.

12.14 Cambios que podrían afectar el SIG 2019 - 2020

Cambios Externos	Cambios internos
Implementación de la nueva GAT	Según 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 Subcontraloria".* (Manual de Calidad, TRD, y demás documentos que impliquen cambios
Cambio de administración por finalización del periodo de gobierno	Plan Estratégico 2020-2021
Integración del SGST al SIG	Factores de riesgos laborales, alteración en el clima laboral, enfermedades laborales, enfermedades comunes.
Una deficiente evaluación de la Contraloría por parte de la AGR	El traslado de funcionarios con la experiencia en auditorías internas
Cambio de normatividad – Acto Legislativo de reforma del Control Fiscal y su reglamentación	Falta de capacitación en temas inherentes al Control interno
Pandemia COVID 19	Carencia de Auditores internos en la Entidad
Cambio de normatividad	Falta de personal requerido para desempeño de roles en Tecnologías de la Información y Comunicaciones
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 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.	Deficientes condiciones para divulgación de la comunicación pública
Limitadas fuentes de recursos para gestión de proyectos TIC	Deficiencia en la adopción de Planes específicos para TIC y seguridad de las TIC.
	Herramientas Tecnológicas que cubren parcialmente los procesos misionales
	Centro de Datos con obsolescencia en la Infraestructura Tecnologice

12.15 Salidas de Revisión por la Dirección

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.

12.15.1 Oportunidades de Mejora resultado de Revisión por la Dirección – Vigencia 2019

#	DESCRIPCIÓN DE LA OPORTUNIDAD DE MEJORA	PROCESO RESPONSABLE
1	Instructivo de partes interesados ya está construido, está pendiente su articulación con partes interesadas. (Presentada por P1)	Oficina de Planeación Apoyo: Escuela de Capacitación
2	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 Subcontraloria*". (TRD, y demás documentos que implique cambios)	Proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial y demás Procesos con modificaciones en la Ordenanza
3	Es importante que al aplicar las encuestas se tenga en cuenta la periodicidad establecida en el respectivo procedimiento, la cobertura y la retroalimentación de estas.	Participación Ciudadana

12.16 No Conformidades

#	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	PROCESO RESPONSABLE
1	Se identifica el incumplimiento de los términos para el traslado al proceso de gestión documental de acuerdo lo establecido en la actividad 7 del procedimiento M3P10-01 control de documentos, según las modificaciones aprobadas en el acta de comité institucional de gestión y desempeño No 005 del 21 de agosto de 2020.	Proceso de Planeación y Direccionamiento Gerencial

Para finalizar, la señora Contralora manifiesta, que con la nueva normalidad a la que nos vemos abocados, las entidades deben modernizarse para cumplir con los nuevos retos que se nos imponen; en este sentido, manifiesta fue sancionada una nueva Ley anti trámites, la 2052 de 2020 que refuerza la normatividad existente y complementa el Decreto Ley 2106 de 2019; en estas normas se establece que todos los trámites que se creen a partir de su entrada en vigencia, deben poder efectuarse totalmente en línea. Así

mismo, establece que los ciudadanos no deben asumir costos adicionales y reitera la obligación de la implementación de los Servicios Ciudadanos Digitales.

Así las cosas considera pertinente la revisión de las mismas y la implementación de las actividades pertinentes que nos permita dar cumplimiento a dicha normatividad de acuerdo a los recursos existentes; en caso claro está, que se requieran dichos ajustes.

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 se enfocaron directamente hacia el cumplimiento del Plan Estratégico 2016-2019.
  Adicionalmente, ya se construyó el Plan Estratégico para la vigencia 2020-2021 “Por todos y Para Todos”; se construyeron los nuevos Planes de Acción, con los que se busca cumplir las estrategias concebidas en el Plan Estratégico de la CDVC.

- ✓ **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 nuestras 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.

LEONOR ABADÍA BENÍTEZ
Contralora Departamental del Valle del Cauca

DIEGO ARMANDO GARCÍA BECERRA
Subcontralor

Revisado
Martha Rosmery Castrillón Rodríguez
Secretaría General.