

INFORME CUATRIMESTRAL DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (MECI)

LEY 1474 DE 2011 (ARTICULO. 9)

13-Julio al 12 de Noviembre de 2016
CATERINE ARCIERI ARENAS - DIRECTORA DE CONTROL INTERNO (E)

Tabla de contenido

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN	2
1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO	2
1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.	2
1.1.2 Desarrollo del Talento Humano	2
1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	2
1.2.1 Planes, Programas y Proyectos	2
1.2.2 Modelo de Operación por Procesos	3
1.2.3 Estructura Organizacional	3
1.2.4 Indicadores de Gestión	4
1.2.5 Políticas de Operación	4
1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO	5
1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo	5
1.3.2 Identificación del Riesgo	5
1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo	6
2 MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	6
2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL	6
2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión	6
2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA	7
2.2.1 Auditoría Interna	7
2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO	7
2.3.1 Plan de Mejoramiento	7
3 EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	9
ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	9
RECOMENDACIONES	10

13 de julio al 12 de noviembre de 2016.

1. MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO

1.1.1 Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.

Dificultades:

Este año por cambio de administración e ingreso de nuevos funcionarios, se ha dificultado la apropiación de lo correspondiente a acuerdos, compromisos y protocolos éticos. Es un año de transición de la administración, que genera necesidad de continuar fortaleciendo el presente elemento.

Avances:

En las actividades de inducción y sensibilizaciones, permanentemente se recuerda a todos los funcionarios frente al componente de acuerdos, compromisos y protocolos éticos.

1.1.2 Desarrollo del Talento Humano

Dificultades:

No se presentan dificultades en el elemento desarrollo del talento humano para este periodo.

Avances:

Se cumple con los requisitos legales vigentes aplicables al proceso.

Se encuentra en proceso con la Escuela Superior de la Administración Pública (ESAP), el proceso de reorganización administrativa.

1.2 COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

1.2.1 Planes, Programas y Proyectos

Dificultades:

No se presentaron dificultades en el elemento planes, programas y proyectos.

Avances:

Se inició implementación del Plan de Desarrollo aprobado mediante Ordenanza 006 de mayo 26 de 2016.

1.2.2 Modelo de Operación por Procesos

Dificultades:

Por cambios en la administración y en el estilo de dirección se genera dificultades para lograr la apropiación adecuada frente al concepto de modelo de operación por procesos.

Avances:

Se realizó ciclo de auditorías internas a todo el sistema de gestión de calidad implementado en la entidad. A la fecha el ciclo se encuentra en proceso de implementación de planes de mejoramiento por proceso producto de la auditoría interna realizada.

Se realiza sensibilización por boletines internos de comunicaciones frente al sistema de gestión de calidad.

Se inició la planificación de la actividad semana de la calidad, la cual se realizará en la administración entre las fechas 15 y 18 de noviembre de 2016 donde se reforzarán los conceptos básicos y principios del Sistema Integrado de Gestión y Control.

1.2.3 Estructura Organizacional

Dificultades:

Estructura organizacional debe ajustarse debido a debilidades evidenciadas en el funcionamiento de los niveles.

Avances:

Se encuentra en proceso con la Escuela Superior de la Administración Pública (ESAP), el proceso de reorganización administrativa.

1.2.4 Indicadores de Gestión

Dificultades:

Se debe continuar fortaleciendo apropiación frente al concepto de medición, análisis y mejora que incluye el componente de indicadores de gestión. Se debe realizar verificación de que todos los procesos hayan realizado ajustes a la frecuencia de medición de los indicadores tal y como lo establece el MECI (Medición mínimo semestral).

Avances:

Se ajustaron las políticas de operación del proceso Sistemas Integrados de Gestión, donde se formalizó para el sistema lo correspondiente a la medición semestral de los indicadores establecidos.

Se realizó en el ciclo de auditorías internas vigencia 2016, verificación del componente de indicadores realizando las observaciones correspondientes tal y como queda evidenciado en los informes de auditoría interna al SIGyC.

1.2.5 Políticas de Operación

Dificultades:

El cambio de administración y el ingreso de nuevos funcionarios genera que se dificulte la apropiación frente a las políticas de operación aplicables al proceso.

Avances:

Los procesos que han realizado ajustes a las políticas de operación han realizado las respectivas socializaciones, específicamente los procesos transversales a la Administración.

1.3 COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

1.3.1 Políticas de Administración del Riesgo

Dificultades:

El cambio de administración y el ingreso de nuevos funcionarios generan que se dificulte la apropiación frente al componente de administración del riesgo.

Avances:

Los coordinadores designados en cada subproceso, conocen las directrices frente a las políticas de administración del riesgo.

Se realizó capacitación por parte de ICONTEC al comité de calidad, donde se incluyó el componente de gestión del riesgo.

Se cuenta con proceso de evaluación independiente quien realiza seguimiento/auditoría al cumplimiento de las políticas de administración del riesgo y generan informes al respecto para la mejora correspondiente por parte de los procesos según aplique.

Se fortaleció las políticas con directrices que enmarcan todas las actividades asociadas a la administración del riesgo de acuerdo a los competentes establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

1.3.2 Identificación del Riesgo

Dificultades:

El cambio de administración y el ingreso de nuevos funcionarios generan que se dificulte la apropiación frente al componente identificación del riesgo.

Avances:

Los coordinadores designados en cada subproceso, conocen las directrices frente a las políticas de identificación del riesgo.

Se realizó capacitación por parte de ICONTEC al comité de calidad, donde se incluyó el componente de gestión del riesgo en toda su integralidad.

Se cuenta con proceso de evaluación independiente quien realiza seguimiento/auditoría al cumplimiento de las políticas de administración del riesgo y generan informes al respecto para la mejora correspondiente por parte de los procesos según aplique.

1.3.3 Análisis y Valoración del Riesgo

Dificultades:

El cambio de administración y el ingreso de nuevos funcionarios generan que se dificulte la apropiación frente al componente análisis y valoración del riesgo.

Avances:

Los coordinadores designados en cada subproceso, conocen las directrices frente a las políticas de identificación del riesgo.

Se realizó capacitación por parte de ICONTEC al comité de calidad, donde se incluyó el componente de gestión del riesgo en toda su integralidad.

Se cuenta con proceso de evaluación independiente quien realiza seguimiento/auditoría al cumplimiento de las políticas de administración del riesgo y generan informes al respecto para la mejora correspondiente por parte de los procesos según aplique.

Frente al componente en general:

Se debe continuar fortaleciendo la gestión del riesgo en todos los niveles y en todos los procesos de la administración departamental.

2 MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1 COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión

Dificultades:

No se presentan dificultades en el componente autoevaluación del control y gestión.

Avances:

Para la presente vigencia se realizó encuesta de autoevaluación frente al sistema de gestión de calidad, diligenciado por cada uno de los procesos como insumo para la revisión por la dirección vigencia 2016.

Se cuenta con indicadores que evalúan el plan de desarrollo.

2.2 COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

2.2.1 Auditoría Interna

Auditorías Internas de Calidad

Dificultades:

Dificultad frente a la cancelación de agenda por algunos procesos (auditores y/o auditados).

Dificultad frente a la entrega oportuna de informes de auditoría.

Dificultad frente a la suscripción oportuna de planes de mejoramiento.

Avances:

A la fecha se encuentra en proceso la implementación de las acciones de mejoramiento producto de auditoría interna al SGC vigencia 2016.

Se realizó actualización de auditores internos con respecto a las normas vigentes, como plan de acción del proceso de transición hacia la versión ISO 9001:2015.

Auditorias Control Interno

Dificultades:

Cambios en los agendamientos por otras actividades de los procesos auditar afectando el cumplimiento del cronograma inicialmente trazado en la planeación de auditoria.

Avances:

Con el propósito de presentar un juicio profesional acerca del grado de eficiencia y eficacia de la gestión de la entidad el comité de coordinación del Sistema Integrado de Gestión y Control, aprobó para la vigencia 2016 diez (10) auditorías de informes de ley y veintiséis (26) auditorías especiales, como resultado de los seguimiento se han realizado 30 planes de mejoramiento por proceso con corte a octubre 31 de 2016.

2.3 COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

2.3.1 Plan de Mejoramiento

Dificultades:

El cambio de administración y el ingreso de nuevos funcionarios genera que se dificulte la apropiación frente al componente plan de mejoramiento.

En la evaluación al nivel de avance a los planes de mejoramiento suscritos por la Administración central de la Gobernación de Risaralda producto de auditorías internas, externas o autoevaluación, encontrándose en general un promedio del 70%, bajando su rendimiento con respecto a la evaluación anterior de la vigencia 2015 la cual se ubicó en el 79.96%. (*)

Se encontraron evidencias que no son suficientes para respaldar los logros alcanzados o no fueron aportadas. (*)

Plazos vencidos y sin avance del 100% o teniendo el avance no se soporta las evidencias respectivas. (*)

Al 42% de las acciones de mejora no se les está dando el tratamiento adecuado y oportuno, generando hallazgos por incumplimiento de las acciones propuestas a los entes de control, así como a las políticas que sobre planes de mejoramiento tiene la entidad. (*)

Se está dando mayor relevancia a los planes de mejoramiento generados por informes de auditorías externas, pese que los generados por auditorías internas podrán conllevar a responsabilidad en materia disciplinaria. (*)

Se logró terminar 10 planes de mejoramiento por encontrarse en un nivel superior al 90%, sin embargo aquellas acciones que han alcanzado el 100% continuarán activas hasta tanto se dé el avance pertinente (*)

Así mismo se evidenció que el 56% de los planes de mejoramiento no han logrado darse por terminado y se encuentran vencidos. (*)

No se está dando cumplimiento de las políticas establecidas para planes de mejoramiento, a pesar de ser divulgadas frecuentemente por esta Dirección. (*)

Avances:

Fueron revisados sesenta y Ocho (68) planes de mejoramiento suscritos a Mayo 30 de 2016, que contienen cuatrocientos treinta y cinco (436) hallazgos administrativos, Observaciones y No conformidades, producto de auditorías Internas, Externas y de Autoevaluación de diferentes procesos (el próximo seguimiento se realizará en el mes de Diciembre de 2016). (*)

Se comunica a los interesados sobre el seguimiento a los planes bajo su coordinación y responsabilidad 68 informe de seguimiento para que se tomen las medidas que permitan garantizar el cumplimiento de los planes. (*)

Los planes de mejoramiento por proceso presentan mayor avance, alcanzando un porcentaje del 73%. (*)

Los coordinadores designados en cada subproceso, conocen las directrices frente a la identificación del riesgo.

Se realizó en el ciclo de auditorías internas vigencia 2016, verificación del componente de planes de mejoramiento, específicamente a los suscritos producto de auditorías internas en vigencia 2015, se realizaron las observaciones correspondientes tal y como queda evidenciado en los informes de auditoría interna al SIGyC.

3 EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Dificultades:

Se debe continuar fortaleciendo en especial la comunicación interna al interior de la Administración Departamental.

Avances:

Nuevas estrategias por parte del proceso de Comunicación Pública para el fortalecimiento de la comunicación interna y externa.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

El Sistema de Control Interno para la entidad, debido a que es integrado al Sistema de Gestión Integral evidencia sostenimiento del mismo para el periodo evaluado.

La Dirección de Control Interno realiza Evaluación Independiente, de acuerdo a las evidencias obtenidas de las diferentes fuentes sobre el estado y avances del Sistema de Control Interno.

La Coordinación de Calidad-MECI, presenta de manera periódica (cuatrimestralmente) un informe sobre las dificultades y avances en la Implementación del MECI.

De acuerdo a la evaluación diligenciada en el aplicativo del Departamento Administrativo de la Función Pública, de conformidad con las evidencias y resultados obtenidos en los procesos de evaluación y seguimiento al MECI, la Gobernación de Risaralda se encuentra en un NIVEL SATISFACTORIO queriendo decir esto que la Entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos. La Política de Riesgos es conocida y aplicada por casi todos los procesos. Se cuenta con mapas de riesgos por proceso y el institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos. (*)

Las debilidades encontradas en la aplicación de la encuesta MECI 2015 le fueron aplicadas acciones correctivas y preventivas en un plan de mejoramiento institucional

dentro del aplicativo SAIA, en virtud de esta evaluación, se suscribió el plan mejoramiento 544 el cual presenta un avance del 67% a la fecha, el plazo para su cumplimiento vence el 30 de noviembre de 2016. (*)

RECOMENDACIONES

TALENTO HUMANO

Revisar de manera periódica, si el documento ético adoptado se ajusta a los principios y valores dispuestos por la entidad, apoyándose de la medición del clima laboral o de otras herramientas que permitan conocer la realidad de la entidad y el comportamiento de los servidores públicos. (*)

Continuar fortaleciendo el medio de comunicación donde los servidores públicos, contratistas, y demás partes interesadas que tengan algún vínculo con la administración pública, tengan la posibilidad de expresar sus expectativas y sugerencias con respecto a la identificación de los principios éticos que la entidad haya definido. (*)

DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Implementar plan de desarrollo a cabalidad.

Realizar seguimiento y monitoreo a los planes de acción para la toma oportuna de decisiones y continuar fortaleciendo el modelo de operación por procesos en toda su integralidad.

Teniendo en cuenta los concejos para la práctica establecidas en el Manual MECI y considerando que el cambio de administración y el ingreso de nuevos funcionarios genera que se dificulte la apropiación del sistema, sería conveniente continuar con la sensibilización a fin de asegurar que los servidores públicos conozcan su Misión, Visión y objetivos institucionales, las normas constitucionales y legales que le son aplicables, al igual que las políticas que están estipuladas en el Plan Nacional de Desarrollo de tal manera que se conozca adecuadamente hacia donde se dirige la entidad. (*)

De igual manera los procesos estratégicos del sistema integrado de gestión de la administración central deben continuar con el proceso de dar a conocer a todos los servidores públicos, sin importar el área, dependencia o proceso al que pertenezcan, sobre las metas, proyectos y programas que desarrolla la entidad, con el fin de lograr que todos tengan claridad de cómo aporta a su cumplimiento de manera individual a logro de los objetivos institucionales. (*)

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Continuar fortaleciendo la gestión del riesgo.

Iniciar transición con base en requisitos de la norma ISO 9001:2015.

Sensibilizar y capacitar frente a la gestión del riesgo.

Tener presente durante el monitoreo y revisión, los resultados de la evaluación debe registrar el periodo que se está evaluando así como el resultado de la evaluación de los controles y realizar el análisis del indicador que muestre los resultados obtenidos y registrar la evidencia que lo respalde. (*)

Desarrollar un contexto estratégico que permita conocer las situaciones generadoras de riesgos, frenando con ello que la entidad opere en dirección contraria a sus propósitos institucionales. (*)

El responsable del proceso debe diseñar estrategias con a fin de que la comunicación y consulta garanticen que se tome en consideración las necesidades de las partes involucradas, y mediante el comité directivo fomentar la administración del riesgo como una actividad inherente al proceso de planeación estratégica. (*)

Revisar periódicamente los controles para determinar si están documentados y /o actualizados, si se están aplicando en la actualidad si han sido efectivos para minimizar el riesgo y al mismo tiempo realizar el seguimiento para verificar si los responsables realizan el control de acuerdo a la periodicidad establecida, lo que permite establecer que tan efectivo es el control para la mitigación del riesgo, establecer prioridades de manejo y fijación de políticas. (*)

Se deben establecer acciones orientadas a minimizar el nivel de riesgo que permanecen en Zona: Moderado, Alto o Extremo, después de valorados los controles, en cumplimiento de las políticas de operación de administración del riesgo. (*)

El líder del proceso puede realizar reuniones con el equipo de trabajo con el propósito de identificar riesgos y factores de riesgo para el proceso. Definir el contexto estratégico contribuye al proceso frente a la exposición del riesgo, ya que permite conocer las situaciones generadoras de riesgos, frenando con ello que la entidad opere en dirección contraria a sus propósitos institucionales. (*)

Considerar que los controles son medidas adoptadas para mitigar el impacto y/o reducir la probabilidad de ocurrencia de los riesgos, razón por la cual debe tenerse en cuenta en el momento de su valoración los criterios indispensables como herramienta para ejercer el control y seguimiento. (*)

AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Es recomendable que los líderes de proceso en conjunto con los miembros de su equipo de trabajo, a través de los comités Directivos realicen ejercicios de autoevaluación, y que a través de estas se genere una disciplina al interior de los procesos para que la autoevaluación se convierta en parte del día a día de la entidad. Así mismo Fortalecer mecanismos de autoevaluación y que éstas sean socializadas y entendidas por los servidores públicos.(*)

AUDITORÍA INTERNA

Continuar proceso de formación de auditores. Continuar fortaleciendo competencias de auditores.

Realizar retroalimentación a auditores para la mejora continua en su desempeño. Sensibilizar a toda la entidad frente al proceso de auditorías internas cuyo objetivo principal es la mejora continua.

Realizar integración de auditorías internas de calidad con auditorías internas de control interno de tal manera que se pueda aportar de manera integral y de manera eficiente al mejoramiento del desempeño de los procesos de tal manera que no se desgaste al proceso con auditorías que se asemejan en propósito, desarrollo, hallazgos y planes de mejoramiento.

PLANES DE MEJORAMIENTO

Continuar fortaleciendo la apropiación frente a los planes de mejoramiento.

Definir directrices a seguir frente al incumplimiento reiterativo de los planes de mejoramiento establecidos en cada uno de los procesos.

El responsable del seguimiento deberá monitorear que los funcionarios responsables del mejoramiento realicen las acciones y reporten los avances dentro de la fecha de cumplimiento. (*)

Tener presente que una vez se dé por terminado el vínculo laboral con este ente territorial, deberán hacer entrega al nuevo funcionario o en su defecto al jefe inmediato, la relación de planes de mejoramiento, en el mismo sentido, deberán informar a la Dirección de Control Interno y realizar el trámite respectivo en SAIA.(*)

En el plan de mejoramiento se deben formular las correcciones y acciones correctivas orientadas a eliminar la(s) causa(s) raíz(ces) que generaron las no conformidades y/o hallazgos, con el objetivo de que no se vuelvan a presentar. (*)

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

De acuerdo a lo establecidos por el Departamento de la Función Pública, para el óptimo funcionamiento de este eje, debe garantizarse su registro y/o divulgación oportuna, exacta y confiable, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones, soportar la toma de decisiones y permitir a los funcionarios un conocimiento más preciso y exacto de la entidad, donde los productos mínimos son los siguientes. (*)

- ✓ Identificación de las fuentes de información externa
- ✓ Fuentes internas de información (manuales, informes, actas, actos administrativos) sistematizada y de fácil acceso
- ✓ Rendición anual de cuentas con la intervención de los distintos grupos de interés, veedurías y ciudadanía.
- ✓ Tablas de retención documental de acuerdo con lo previsto en la normatividad
- ✓ Política de Comunicaciones
- ✓ Manejo organizado o sistematizado de la correspondencia
- ✓ Manejo organizado o sistematizado de los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos
- ✓ Mecanismos de consulta con distintos grupos de interés para obtener información sobre necesidades y prioridades en la prestación del servicio.
- ✓ Medios de acceso a la información con que cuenta la entidad.



CATERINE ARCIERI ARENAS
Directora de Control Interno (E)