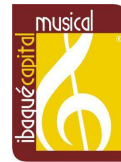




Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7



CONTROL INTERNO



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7

CONTROL INTERNO





Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

CONTROL INTERNO



ALCALDIA DE IBAGUE

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA RIESGOS DE CORRUPCION SECRETARIA DE DESARROLLO RURAL Y MEDIO AMBIENTE

MAYO DE 2017



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

2.2 Objetivos Específicos

3. ALCANCE

4. METODOLOGIA

5. EVALUACION RIESGOS DE CORRUPCION

5.1 Suministro de bienes y servicios a personas que no cumplen con los requisitos

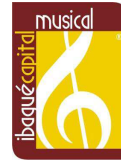
5.2 Base de datos ineficiente sobre habitante rural que ayude a la correcta realización de bienes y servicios.

5.3 Provisión de cargos por acuerdos políticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. INTRODUCCIÓN

La Alcaldía de Ibagué en cabeza del Señor Alcalde GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTINEZ, comprometido con el desarrollo de la ciudad y el



CONTROL INTERNO

fomento de los valores institucionales y dando cumplimiento las políticas descritas en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, en el artículo 52 de la Ley 1757 de 2015, en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información (Ley 1712 de 2014), y en el Decreto 124 del 26 de Enero de 2016 de la Función pública. Los cuales promueven la eliminación de toda práctica corrupta que atente contra la Administración. Se formula e implementa el presente Plan para la vigencia 2017 indicando acciones para la lucha contra la corrupción en los diferentes procesos de la entidad, mejorar la atención a la ciudadanía, racionalizar trámites, Rendición de cuentas y transparencia en la información al interior de la Administración Municipal.

La elaboración del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano fue realizado de manera participativa, liderado por el Señor Alcalde GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO, y la Secretaría de Planeación; con el apoyo de Secretarios, Directores y Servidores Públicos de todas las dependencias vinculados en el desarrollo de los procesos, indicando acciones que buscan el desarrollo de una gestión transparente y con alta participación de la ciudadanía.

Este plan se fundamenta en los Principios del Programa de Gobierno “POR IBAGUE CON TODO EL CORAZON” relacionados así:

- ✓ Lucha frontal e implacable contra la corrupción. (Gobierno transparente)
- ✓ Participación ciudadana responsable y activa en la toma de decisiones para la gestión y control gubernamental (Gobierno participativo)
- ✓ Cultura ciudadana y defensa de lo público como un bien colectivo

El buen gobierno asegura que la corrupción sea mínima. Durante el proceso de la toma de decisiones tiene en cuenta el sentir de las minorías; así como, la priorización de políticas enfocadas hacia poblaciones vulnerables. De igual manera, trabaja por las necesidades presentes y futuras de la sociedad, con el propósito de mejorar la calidad de vida de sus habitantes y contribuir al desarrollo de la Entidad Territorial.

El plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2017, fue adoptado por la Administración Central Municipal, en cumplimiento del Decreto 2641 de 2012, publicado en la página Web de la Administración Municipal, el 31 de Enero de 2017, con los siguientes objetivos:



CONTROL INTERNO

OBJETIVO GENERAL PLAN ANTICORRUPCION:

El gobierno “POR IBAGUE CON TODO EL CORAZON”, se compromete con implementar los mecanismos necesarios para prevenir y erradicar la corrupción de la administración municipal. Al igual que mejorar continuamente en la atención y acceso a la información de la ciudadanía Ibaguereña.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Hacer control Adecuado a los Riesgos de Corrupción
2. Implementar una estrategia de racionalización de trámites
3. Implementar mecanismos para mejorar la atención al ciudadano
4. Hacer uso de estrategias para fortalecer el proceso de rendición de cuentas
5. Facilitar acceso a la información a los ciudadanos y partes interesadas que la requieran
6. Fortalecer la asimilación y compromiso de los servidores públicos frente al Código de Ética de la Administración Municipal

Dentro de las estratégicas del plan anticorrupción de la Administración Central Municipal Tenemos los siguientes componentes:

- a) Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción y medidas para mitigar los riesgos.
- b) Racionalización de Trámites.
- c) Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano.
- d) Rendición de Cuentas.
- e) Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información
- f) iniciativas adicionales: Código de Ética de la Alcaldía Municipal de Ibagué y Promoción de “ Acuerdos, compromisos y protocolos éticos”

En cumplimiento de lo normado en el artículo 7 del Decreto 2641 de 2012, el plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano de la Alcaldía de Ibagué, de la vigencia 2017, fue publicado en la página Web de la Alcaldía el día 31 de Enero de 2017, para conocimiento de la comunidad.

En cumplimiento al Artículo 5° del Decreto 2641 de 2012, el cual establece que “El mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones



CONTROL INTERNO

derivadas del mencionado documento (Plan anticorrupción y de atención al ciudadano), estará a cargo de las oficinas de control interno, para lo cual se publicará en la página Web de la respectiva entidad, las actividades realizadas, de acuerdo con los parámetros establecidos”, la Oficina de Control Interno, realizó seguimiento al cumplimiento del componente rendición de cuentas formuladas por la Administración Central Municipal y que hacen parte de los riesgos que conforman el mapa de corrupción Institucional, de lo cual se genera un informe que será socializado en el Comité de Coordinación de Control Interno.

2. OBJETIVOS DEL SEGUIMIENTO:

2.1 Objetivo General:

Determinar la efectividad en la implementación de las actividades de del componente “Gestión del Riesgo de Corrupción” – Mapa de Riesgos de Corrupción, contempladas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2017, en la Secretaría de Desarrollo Rural y Medio Ambiente de la Alcaldía de Ibagué.

2.2 Objetivos Específicos:

2.2.1 Verificar la aplicación y efectividad de los controles y acciones definidas en el mapa de riesgos.

2.2.2 Evaluar la adecuada administración del riesgo.

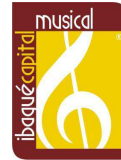
2.2.3 Propender por el mejoramiento continuo, mediante la retroalimentación

2.2.4 Sugerir correctivos y ajustes necesarios en la aplicación del procedimiento de administración del riesgo.

2.2.5 Propender por una cultura de autocontrol que conlleve a determinar el nivel de riesgo actual, una vez cumplidas las acciones correctivas.

2.2.6 Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones orientadas a prevenir o evitar los riesgos de corrupción en cada unidad administrativa.

2.2.7 Efectuar seguimiento al cumplimiento de las medidas anti trámites propuestas en las diferentes dependencias.



CONTROL INTERNO

2.2.8 Verificar el cumplimiento de las acciones propuestas sobre el componente de rendición de cuentas.

2.2.9 Realizar seguimiento a la implementación de las actividades propuestas para dar cumplimiento al componente de atención al ciudadano.

2.2.10 Cotejar el cumplimiento del parámetro básico a desarrollar por la dependencia encargada de gestionar las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias formuladas a la entidad, en observancia a lo normado en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

3 ALCANCE

Se evaluará, el cumplimiento de las acciones propuestas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano – componente “Gestión del Riesgo de Corrupción” – Mapa de Riesgos de Corrupción, contempladas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano para la vigencia 2017, en la Secretaría de Desarrollo Rural y Medio Ambiente de la Alcaldía de Ibagué, con corte al 30 de Abril de 2017, generando un informe que contenga las observaciones y recomendaciones, el cual será presentada al comité de coordinación de control interno y publicado en la página web de la Administración Municipal.

4 METODOLOGIA

Mediante la aplicación de técnicas de análisis, comprobaciones, verificaciones, observaciones y aplicación de cuestionarios se efectuó revisión del plan anticorrupción y de atención al ciudadano - componente Gestión del Riesgo de Corrupción” – Mapa de Riesgos de Corrupción por parte del auditor Carlos Machado León, Profesional Especializado de la Oficina de Control Interno, quien verificó la documentación y la base de datos que evidencian el cumplimiento de las acciones propuestas.

5. SEGUIMIENTO COMPONENTE GESTION DEL RIESGO DE CORRUPCION.

A la fecha de la visita realizada por el Servidor Público Carlos Machado León, profesional especializado de la Oficina de Control Interno, se pudo verificar que la Secretaría de Desarrollo Rural, dio cumplimiento a la circular No. 0010 del 17 de Abril de 2017, para la cual remitió memorando No 1092-019500 del 04 de Mayo de 2017.

Al verificar en la página web de la Administración Municipal, se observa que el plan anticorrupción y de atención al ciudadano correspondiente a la Secretaria de Desarrollo Rural fue publicado el 31 de Enero de 2017, y al indagar en la



CONTROL INTERNO

Secretaría de Desarrollo Rural, manifiestan que mediante Memorando No. 1092-001777 del 16 de Enero de 2017, se remitió al Doctor Héctor Eugenio Cervera Botero, Secretario de Planeación Municipal, el Mapa de riesgos para la vigencia 2017.

Se procede a revisar el mapa de riesgos de corrupción vigencia 2017 de la Secretaria de Desarrollo Rural, exigiendo los soportes que evidencian el cumplimiento de las acciones en el periodo del 01 de Enero al 30 de Abril de 2017, encontrando lo siguiente:

La Secretaria de Desarrollo Rural identifica en el Proceso GESTIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD Y DESARROLLO ECONÓMICO, cuyo objetivo es promover el desarrollo socioeconómico de los pequeños y medianos empresarios formales e informales mediante la implementación de programas y proyectos productivos que fomenten la competitividad el empleo y el turismo a nivel local, regional, nacional e internacional identificaron los siguientes riesgos:

5.1 RIESGO: SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS A PERSONAS QUE NO CUMPLEN CON LOS REQUISITOS, como control se estableció verificación previa de cumplimiento de requisitos y actas de entrega de materiales, se planteó la elaboración de un acta de visita, que se controlará de forma trimestral por parte del Director o Secretario de Despacho con la base de datos de la entidad y teniendo en cuenta lo siguiente:

INDICADOR: No de beneficiarios que cumplen con los requisitos/ Total de usuarios beneficiados

ACCIONES EJECUTADAS DE ENERO 01 AL 30 DE ABRIL DE 2017

A 30 de Abril 2017, se han entregado 9 biofábricas, en cumplimiento del programa Fomento del desarrollo Agropecuario Integral y la Seguridad Alimentaria, en las veredas El Rubí, Puerto Perú, Ramos Astilleros, La Cascada, San Simón Alto, China Alta, Potrero Grande, Peñaranda Baja Porvenir, y Las Animas.

Previo a la entrega de los insumos para las biofábricas se efectuaron las visitas de socialización del proyecto PROCAS, en el cual se determinó que los productores interesados en el programa, cumplían con los requisitos establecidos por la Secretaria de Desarrollo Rural para ser beneficiarios en el establecimiento de cada biofábrica, en los archivos de la Dirección de UMATA, reposan las actas de las respectivas visitas.



CONTROL INTERNO

INDICADOR: No. de Beneficiarios que cumplen con los requisitos// Total de usuarios beneficiados= 9/9= 100%

El control establecido para este riesgo es eficaz, ya que con él se determina si los usuarios cumplen con los requisitos técnicos para la acceder a los programas que se desarrollarán por parte de la Secretaria y de esta forma adjudicar los insumos de forma eficiente.

5.2. RIESGO: BASE DE DATOS INEFICIENTE SOBRE HABITANTE RURAL QUE AYUDE A LA CORRECTA REALIZACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS:

se dejó como control unificar base de datos de beneficiarios de todos los programas de la UMATA como herramienta para no reiterar entrega de suministros a una misma persona, situación que se realizará durante todo el año, llevando un control trimestral

INDICADOR: No. Programas implementados por la UMATA/Total de base de datos.

NOTA: Al analizar el indicador, se determino que este no permite establecer si un mismo usuario esta beneficiándose de forma reiterativa de los programas establecidos por la Secretaría, por lo tanto se sugiere cambiar el indicador de este riesgo, puesto que no refleja la información necesaria para determinar si se está reduciendo, aumentando o materializando el riesgo, se sugiere el indicador como control de entrega de insumos teniendo en cuenta la base de datos a fin de que un usuario no sea reiterativo en el beneficio de los programas ofertados por la secretaria.

ACCIONES EJECUTADAS DE ENERO 01 AL 30 DE ABRIL DE 2017

Se está sistematizando la base de datos con todos los usuarios de la Secretaria de acuerdo a los formularios de registro único de usuarios de asistencia técnica agropecuaria, que alimentará la plataforma en la cual se podrá consultar los usuarios que se han beneficiado en cada uno de los programas de la secretaria.

INDICADOR: No. veces que un Usuario se ha Beneficiado por programa

No se logró determinar la efectividad de este control, debido a que no se cuenta con la base de datos requerida para efectuar el control y determinar si un usuario es reiterativo en la entrega de insumos por los programas ofertados.



CONTROL INTERNO

5.3 RIESGO: PROVISIÓN DE CARGOS POR ACUERDOS POLITICOS, como control se fijo establecer requisitos de perfiles específicos, y rigurosidad en la selección del personal idóneo, con el fin de medir este riesgo se implementó en siguiente:

INDICADOR: Número de personal idóneo contratado/ total de personal contratado

ACCIONES EJECUTADAS DE ENERO 01 AL 30 DE ABRIL DE 2017

Con el fin de garantizar la idoneidad del personal contratado por la Secretaria de Desarrollo Rural, se elaboró un organigrama que contiene los programas y las necesidades de personal con el perfil requerido para el cumplimiento del plan de acción trazado para la vigencia 2017.

Referente a esta acción el señor Secretario de Desarrollo Rural y Medio ambiente y la Dirección de la UMATA, realizo la contratación del personal idóneo de acuerdo a la necesidad prioritaria de los programas:

Tres (3) Médicos Veterinarios, Uno (1) Profesional en Negocios internacionales, Tres (3) Administradores Agropecuarios, Uno (1) Tecnólogo de Especies menores, Uno (1) Biólogo, Uno (1) Ingeniero Civil, Un (1) Ing. Agroindustrial, Uno (1) Ing. Industrial, Dos (2) Agrónomos, Uno (1) Sociólogo Un (1) tecnólogo en sistemas. Para un total de Dieciséis (16) contratistas.

Indicador: No del personal Idóneo contratado/ Total personal contratado = $16/16 = 100\%$.

Al efectuar la evaluación del control, encontramos que es efectivo, pues se está dando cumplimiento a la contratación de personal con los perfiles y la idoneidad requerida para cumplir con los objetivos de la entidad.

En el proceso GESTION AMBIENTAL, cuyo objetivo es: Gestionar la conservación, restauración y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales y del medio ambiente del municipio de Ibagué, en procura de alcanzar calidad ambiental para el desarrollo humano integral, se identifico el siguiente riesgo:

5.4. INFLUENCIAS DE TERCEROS EN LA ENTREGA O SUMINISTRO DE MATERIALES E INSUMOS A USUARIOS, como control se dejo la elaboración de acta de entrega de materiales e insumos, la acción planteada es realizar informe técnico de visita de las solicitudes para suministro de



CONTROL INTERNO

materiales e insumos previo a la adjudicación de los mismos, aplicando el siguiente:

INDICADOR: Beneficiarios adjudicados / beneficiarios que cumplen con los requisitos *100

ACCIONES EJECUTADAS DE ENERO 01 AL 30 DE ABRIL DE 2017

Una vez revisada la información pertinente que existe en la Secretaria, para el periodo Enero 01 a Abril 30 de 2017, se halló lo siguiente:

En cuanto a suministro de Sistemas Sépticos Domiciliarios:

Solicitudes recibidas para el Suministro de Sistemas Sépticos Domiciliarios: 28
Solicitudes atendidas para el suministro de Sistemas Sépticos Domiciliarios, con su respectivo informe: 27

Solicitudes pendientes de visita para el suministro de Sistemas sépticos Domiciliarios: 1

Avance en visitas realizadas: 96.4%

Sistemas Sépticos Domiciliarios Adjudicados: 0

Es de anotar que la mayoría de estas solicitudes han sido presentadas por los dirigentes comunales para visitar la respectiva vereda y proceder a hacer visitas a varios predios, por lo cual las 27 solicitudes atendidas, se convirtieron en la visita a 41 predios, cada uno con su respectivo informe de visita o concepto de viabilidad, obteniendo la viabilidad para el suministro de sistema séptico domiciliario a 31 usuarios, y la no viabilidad de 10 usuarios, por no cumplir con los requisitos establecidos por la Secretaria.

INDICADOR: Beneficiarios adjudicados / beneficiarios que cumplen con los requisitos *100 = $0/31 * 100 = 0\%$

Es de anotar que el resultado de este indicador se debe a que, en lo corrido del presente año, no se han comprado Unidades Sépticas Domiciliarias para ser adjudicada a los beneficiarios viabilizados.

El listado de los usuarios cuyas solicitudes fueron viabilizadas, mediante informe técnico de visita, se encuentra a la espera de la compra de los sistemas sépticos domiciliarios, para la adjudicación.

La Secretaria de Desarrollo Rural y Medio Ambiente, viene adelantando el proceso contractual de selección abreviada mediante subasta inversa para "Contratar la compra e instalación de 215 sistemas sépticos domiciliarios, para



CONTROL INTERNO

el beneficio de familias del sector rural del Municipio de Ibagué”, por valor de \$ 345.567.827.00,

En lo referente a suministro de Material Vegetal:

Se efectúan las correspondientes visitas técnicas previas a la entrega de material vegetal, se cuenta con el informe respectivo que determina la viabilidad o no de entrega del material solicitado.

INDICADOR: Beneficiarios adjudicados / beneficiarios que cumplen con los requisitos x 100

Una vez revisada la información pertinente que existe en la Secretaria, para el periodo Enero 01 a Abril 30 de 2017, se encontró lo siguiente:

Solicitudes para el suministro de Material Vegetal: 100
Informes técnicos de visita para el suministro de Material Vegetal: 80
Solicitudes viabilizadas para la entrega de material vegetal: 80
Solicitudes pendientes del acta de entrega por falta de material vegetal: 22
Solicitudes con acta de entrega reclamadas: 54
Solicitudes con Acta de entrega no reclamada: 4
Solicitudes pendientes de trámite: 20

INDICADOR: Beneficiarios Adjudicados / beneficiarios que cumplen con los requisitos x 100 = $58/80 \times 100 = 72.4\%$

El material vegetal que suministra la Secretaria de Desarrollo Rural y Medio Ambiente, se produce en el Vivero de propiedad del Municipio, ubicado en el Barrio Libertador de esta ciudad.

Mediante Contrato No. 1915 de noviembre 11 de 2016, se contrató con Proyectos Ambientales Tierra Verde S.A.S.; la compra de material vegetal e insumos para desarrollar proceso de recuperación, adecuación, mantenimiento y dotación del vivero municipal.

Analizado el control establecido se determina que, si es efectivo, ya que producto de la visita se realiza un informe técnico en la cual se determina si el usuario cumple con los requisitos establecidos por la Secretaria de desarrollo Rural para hacerle entrega del material vegetal e insumos solicitados, evitando que se les adjudique a usuarios que le dan una destinación no adecuada al material vegetal entregado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONTROL INTERNO

- 6.1** Se recomienda replantear el indicador del riesgo denominado: **base de datos ineficiente sobre habitante rural que ayude a la correcta realización de bienes y servicios**, ya que se dejó como: No. Programas implementados por la UMATA/Total de base de datos., debido a que este indicador no permite establecer si un mismo usuario esta beneficiándose de forma reiterativa de los programas establecidos por la Secretaría, puesto que no refleja la información necesaria para determinar si se está reduciendo, aumentando o materializando el riesgo, se sugiere el indicador como control de entrega de insumos teniendo en cuenta la base de datos a fin de que un usuario no sea reiterativo en el beneficio de los programas ofertados por la secretaria.
- 6.1** Se recomienda efectuar reuniones periódicamente, con el fin de efectuar autoevaluación de los riesgos de corrupción y administrativos y como resultados de la evaluación se tomen medidas correctivas para reducir o eliminar los riesgos identificado, situación que debe quedar consignado en las actas respectivas.
- 6.2** Se recomienda que al momento de elaborar el mapa de riesgos, de corrupción, exista coherencia entre la acción propuesta, la unidad de medida y el indicador, a fin de que se facilite la evaluación por parte de los entes de control
- 6.3** De acuerdo a la información suministrada por los integrantes del comité de riesgos de la Secretaria de Desarrollo Rural y Medio Ambiente, se ha dado cumplimiento a Abril 30 de 2017 en un 59% de las acciones planteadas en el Mapa de riesgos de corrupción, suscrito para la vigencia 2017
- 6.4** Se recomienda replantear el Indicador del riesgo denominado “Influencia de terceros en la entrega o suministro de materiales e insumos usuarios”, debido a que se dejó en el mapa como Beneficiarios que cumplen con los requisitos/ Beneficiarios adjudicados *100, y lo que se pretende establecer qué porcentaje de los beneficiarios adjudicados cumplen con los requisitos, frente al total de los beneficiarios adjudicados, por lo tanto el indicador deberá ser: Beneficiarios adjudicados / beneficiarios que cumplen con los requisitos *100
- 6.5** Efectuar la gestión necesaria para dar cumplimiento en las solicitudes de insumos que a la fecha ya tienen un acta de visita y fueron viabilizadas para la entrega de los mismos, tales como materia vegetal y sistemas sépticos domiciliarios



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

- 6.6** Contar con los soportes, informes de visitas, actas de entrega de materiales e insumos para soportar el cumplimiento de las acciones planteadas en el mapa de riesgos.
- 6.7** Se recomienda efectuar las correcciones pertinentes en el mapa de riesgos de corrupción remitido a la Secretaria de planeación y publicado en la página web del Municipio, debido a que por ejemplo las causas del riesgos denominado Suministro de Bienes y servicios a personal que no cumple con los requisitos, no es la selección de personal con perfil inapropiado para ejercer labores requeridas y las acciones asociadas al control no es la rigurosidad en la selección de personal idóneo.

MAURICIO PULIDO CORRAL
Jefe Oficina de Control Interno

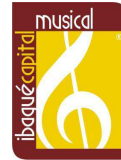
Proyecto: Carlos Machado León

ALCALDIA MUNICIPIO DE IBAGUE

INFORME DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PROPUESTAS PARA PREVENIR LA MATERIALIZACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN, IDENTIFICADOS EN LOS PROCESOS GESTIÓN



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7



CONTROL INTERNO

**CONTRACTUAL, GESTIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD Y DESARROLLO
ECONÓMICO, COMUNICACIONES Y GESTIÓN DE LAS TICS.**

MAYO DE 2017

TABLA DE CONTENIDO

| | Pag |
|-----------------------------------|------------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 - 4 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 2.1 Objetivo General | 4 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 4 - 5 |
| 3. ALCANCE | 5 |
| 4. CRITERIOS DE EVALUACIÓN | 5 |

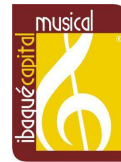
CONTROL INTERNO

| | |
|---------------------------|---------|
| 5. METODOLOGIA | 5 - 6 |
| 6. EVALUACION | 6 - 14 |
| 7. CONCLUSIONES | 15 -16 |
| 8. RECOMENDACIONES | 16– 17. |

3. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 124 del 26 de enero de 2016, Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. La metodología para construir esta estrategia está a cargo del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, —hoy Secretaría de Transparencia—.

El artículo 2.1.4.1 del Decreto 124 de 2016, señala como metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo [73](#) de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contenida en el



CONTROL INTERNO

documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Versión 2”.

El Artículo 2.1.4.2 del decreto 124 de 2016, establece como metodología para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el documento “Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción”.

El Plan anticorrupción y atención al ciudadano debe contener los siguientes componentes:

- a) Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción y medidas para mitigar los riesgos.
- b) Racionalización de Trámites.
- c) Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano.
- d) Rendición de Cuentas.
- e) Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información.
- F) iniciativas adicionales que la entidad considere necesarias para combatir la corrupción

El art 4° del Decreto 2641 de 2012, establece que la consolidación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, estará a cargo de la Oficina de planeación de las entidades o quien haga sus veces, quienes además servirán de facilitadores para todo el proceso de elaboración del mismo.

La Alcaldía de Ibagué, elaboró el Plan Anticorrupción de la vigencia 2017, el cual se encuentra publicado en la página web de la entidad, atendiendo lo normado, y siguiendo los lineamientos establecidos en la guía “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano”, expedida por la Secretaría de Transparencia del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.

La consolidación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, estuvo a cargo de la Secretaria de Planeación de la Alcaldía.

El artículo 5° del Decreto 2641 de 2012 y el artículo 2.1.4.6 del Decreto 124 de 2016, disponen que el mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del mencionado documento, estará a cargo de las Oficinas de Control Interno, para lo cual se publicará en la página web de la respectiva entidad, las actividades realizadas, de acuerdo con los parámetros establecidos. En cumplimiento de lo normado la Oficina de Control interno realizó



CONTROL INTERNO

el seguimiento a la ejecución de las acciones propuestas por la Secretaría de Apoyo a la Gestión, la Dirección de Contratación y la Dirección de Comunicaciones, para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción identificados en el proceso de Gestión Contractual, Gestión de la Productividad y desarrollo económico, Comunicaciones y Gestión de las Tics, con fecha de corte 30 de abril de 2017; generando el presente informe.

4. OBJETIVO GENERAL

Realizar seguimiento a la implementación de las acciones propuestas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2017, orientadas a prevenir la materialización de riesgos de corrupción durante el periodo 1 de febrero de 2017 al 30 de abril de 2017.

4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

4.1.1 Verificar el cumplimiento de las políticas de administración del riesgo

2.1.2 Realizar seguimiento al avance sobre el cumplimiento de las acciones propuestas por la Secretaría de Apoyo a la Gestión, la Dirección de Contratación y la Dirección de Comunicaciones, para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción, identificados en el proceso Gestión Contractual, Gestión de la Productividad y Desarrollo Económico, Comunicaciones y Gestión de las Tics, con corte al 30 de abril de 2017.

5. ALCANCE

Se evaluó el cumplimiento de las acciones preliminares desarrolladas en enero de 2017, orientadas a la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano bajo la coordinación de la Secretaría de Planeación; y la ejecución de las acciones propuestas, tendientes a prevenir la materialización de los riesgos de corrupción de la vigencia 2017 formulados al proceso Gestión Contractual, Gestión de la Productividad y Desarrollo Económico, Comunicaciones y Gestión de las Tics; con fecha de corte 30 de abril de 2017.

6. CRITERIOS DE EVALUACIÓN



CONTROL INTERNO

Ley 87 de 1993, Procedimiento de administración del riesgo y políticas de administración del riesgo establecidos por la entidad, artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, Título 4 del Decreto 1081 de 2015, Decreto 124 del 26 de enero de 2016, guía de gestión del riesgo de corrupción versión 2015 y guía estrategias para construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

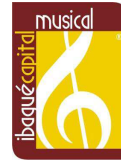
7. METODOLOGIA

Para el desarrollo de la evaluación se llevo a cabo las siguientes actividades:

- a. Consulta del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano publicado en la página web de la Alcaldía, solicitud a la Secretaría de Apoyo a la Gestión de autoevaluación sobre el cumplimiento de las acciones propuestas, para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción identificados en el proceso de Gestión Contractual, Gestión de la Productividad y Desarrollo Económico, Comunicaciones y Gestión de las TICS.
- b. Revisión y verificación de la ejecución de actividades propuestas por la Secretaría de Apoyo a la Gestión, la Dirección de Contratación y la Dirección de Comunicaciones, para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción identificados en el Proceso Gestión Contractual y el proceso Comunicaciones y Gestión de las TICS, con fecha de corte 30 de abril de 2017.
- c. Elaboración del informe de seguimiento para su posterior publicación en la página web de la Alcaldía de Ibagué.

8. EVALUACIÓN - OBSERVACIÓN

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2017, se elaboró bajo el liderazgo de la Secretaría de Planeación Municipal, para la elaboración se tuvo en cuenta acciones preliminares, aspectos generales y componentes definidos en la guía Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Versión 2 del año 2015, expedida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y publicada en la página web del DAFP; e igualmente se involucró a servidores públicos, de quienes se recibieron sugerencias, algunas tenidas en cuenta e incluidas dentro del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.



CONTROL INTERNO

El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2017, se encuentra formulado y publicado en la página web de la entidad (www.alcaldiadeibague.gov.co), desde el 31 de enero de 2017, en cumplimiento de lo normado en el párrafo transitorio del artículo 2.1.4.8 del Decreto 124 de 2016.

El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2016, lo integran los seis (6) componentes que establece el documento Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Versión 2- 2015, correspondientes a: Gestión del Riesgo de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción, Racionalización de Trámites, Rendición de Cuentas, Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano, Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información e Iniciativas Adicionales; a los cuales se les formularon acciones a implementar tendientes a prevenir actos de corrupción.

La Oficina de Control Interno mediante Circular No. 1002. 2017 – 0010 expedida el 17 de abril de 2017, solicitó a las Secretarías y Oficinas remitir autoevaluación sobre el cumplimiento de las acciones propuestas, para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción del mapa vigente con corte al 30 de abril de 2017. En respuesta a la Circular, La Secretaría de Apoyo a la Gestión, la Dirección de Contratación y la Dirección de Comunicaciones, el 4 y 5 de mayo de 2017 mediante los memorandos No. 1320- 19736, No. 1310 – 019916 y 1300 – 019793, remitieron a la Oficina de Control Interno la autoevaluación solicitada.

8.1 COMPONENTE MAPA ANTICORRUPCIÓN:

La política de administración del riesgo se encuentra documentada con el código: POL - MC – 01, versión 01 de fecha 11 de Diciembre de 2015.

8.1.1 SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES FORMULADAS PARA PREVENIR LA MATERIALIZACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN, IDENTIFICADOS A LOS PROCESOS GESTIÓN CONTRACTUAL, GESTIÓN DE LA PRODUCTIVIDAD Y DESARROLLO



ECONÓMICO, COMUNICACIONES Y GESTIÓN DE LAS TICS.

El mapa de riesgos de corrupción del proceso Gestión Contractual, se encuentra conformado por los siguientes riesgos: Estudios previos superficiales o sin suficiente justificación para favorecer a alguien en particular, cambiar documentos y/o alterar las evaluaciones de los procesos contractuales con el fin de favorecer a un tercero, Solicitud y aceptación de dádivas por realización de trámites, demorar la revisión y realización de trámites internos para perjudicar a un usuario, y designar supervisores que no cuentan con conocimientos suficientes y/o tienen sobrecarga laboral no permite ejercer el control en cumplimiento de su rol y arriesgar la adecuada ejecución del contrato, Desconocimiento por parte de las secretarías ejecutoras de los procedimientos, instructivos y directrices en materia contractual.

Las acciones propuestas por la Dirección de Contratación para prevenir la materialización de los riesgos, presentan el siguiente avance en su implementación:

| Proceso: Gestión Contractual | | | |
|--|---|--|---|
| Riesgo: Estudios previos superficiales o sin suficiente justificación para favorecer a alguien en particular. | | | |
| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Dirección de Contratación. | Evaluación OCI |
| Instructivo para elaboración de estudios previos | 1) Capacitar a los intervinientes en el proceso de Gestión Contractual sobre estudios previos (análisis del sector) Dos capacitaciones. | Se han realizado socializaciones con los ordenadores del gasto y secretarios ejecutores tratando entre otros temas la importancia de la planeación en el proceso de Gestión Contractual (Estudios Previos). Se tiene programada una capacitación sobre SECOP II para el próximo 19 de mayo con todos los intervinientes en el proceso. INDICADOR: Capacitaciones realizadas / 2 Capacitaciones programadas | Se socializó a los ordenadores del gasto la importancia de la planeación contractual el 28 de abril de 2017. Como evidencia de la actividad realizada se cuenta con: Memorando 1320 – 18387 del 26 de abril de 2017, mediante el cual se realizó la convocatoria a la capacitación programada y listado de asistencia a la capacitación de fecha de 28 de abril de 2017. Generando como avance el 50% , en razón a que se encuentran realiza 1 capacitación de las 2 programadas. |
| | 2) Aplicar las instrucciones impartidas en el instructivo por parte de las Secretarías | Se está dando cumplimiento por parte de las Secretarías Ejecutoras conforme al instructivo. Cabe aclarar que la Administración Municipal | Se cuenta con una base de datos en Excel en la que se deja registro de la fecha de ingreso de los estudios previos a la Dirección de Contratación y la fecha de |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|--|-------------|---|---|
| | Ejecutoras. | <p>con la firma del Pacto por la Transparencia debe iniciar la publicación en el SECOP II, lo cual modificaría procedimientos, instructivos y formatos.</p> <p>INDICADOR: Estudios previos realizados conforme al instructivo / Total de estudios previos realizados</p> | <p>devolución a la Secretaría ejecutora por falencias en su elaboración. Adicionalmente, en el aplicativo PISAMI queda el registrado y escaneo del memorando con el que fue devuelto a la Secretaria ejecutora. Como evidencia se consultó a través de PISAMI el memorando 1320 – 16838 del 18 de abril de 2017. Concluyendo que en los meses de febrero, marzo y abril se realizó seguimiento a la aplicación, de las instrucciones establecidas en el instructivo para la elaboración de estudios previos. Generando avance del 27.3%. No obstante, se Propone crear la herramienta que permita consolidar la información de las variables que conforman el indicador propuesto, y su vez asignar el responsable de registrar la información.</p> |
|--|-------------|---|---|

Proceso: Gestión Contractual

Riesgo: Cambiar documentos y/o alterar las evaluaciones de los procesos contractuales con el fin de favorecer a un tercero.

| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Dirección de Contratación | Evaluación OCI |
|--|--|---|--|
| Memorandos u oficios recibidos, con las evaluaciones técnicas y financieras. | 1) Radicar ante el Grupo de Contratación las evaluaciones técnicas y financieras mediante memorando u oficio | <p>Se está dando cumplimiento por parte de las Secretarías Ejecutoras; lo cual se evidencia en la plataforma PISAMI.</p> <p>Indicador: Evaluaciones realizadas por parte de las Secretarías Ejecutoras y de Hacienda radicadas en PISAMI / Total de evaluaciones a realizarse.</p> | Se evidencia que en la Dirección de Contratación se está radicando las evaluaciones técnicas y financieras de los procesos contractuales, el registro de cumplimiento de la actividad se encuentra en el aplicativo PISAMI, Sin embargo fue imposible establecer el porcentaje de cumplimiento de la acción propuesta, en razón a que la Dirección de Contratación no contó con información consolidada de las variables conforman el indicador propuesto. |
| Audiencias de verificación sobres debidamente sellados | 2) Colocar sello de recibido y firma o V°B° del funcionario delegado por la | Se está dando cumplimiento por parte del grupo de contratación, tanto en la ventanilla de recibido como en | Durante el periodo evaluado se colocó la firma y el VoBo del funcionario asignado para recibir las propuestas en la pestaña que cierra el sobre. Sin embargo, fue |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|---|---|--|---|
| | Dirección de Contratación, en la parte superior de sellado del sobre en el que vienen los documentos relacionados con las propuestas. | las audiencias realizadas. Indicador: Actas de audiencia de cierre y apertura de propuestas realizadas / Actas de audiencia a realizarse | imposible establecer el porcentaje de avance de cumplimiento de la actividad formulada en razón a que no se presentó información consolidada de las variables que conforman el indicador propuesto. |
| Riesgo: Solicitud y aceptación de dádivas por realización de trámites. | | | |
| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Dirección de Contratación | Evaluación OCI |
| Sello radicador de ventanilla de contratación | Radicación de los documentos de los trámites internos solo en la ventanilla del Grupo de Contratación. | Se está dando cumplimiento. Indicador: 100% de los documentos recibidos de manera exclusiva por el personal de ventanilla. | En una base de datos en Excel, se lleva el registro de los trámites internos asociados al proceso de gestión contractual, a través de la cual diariamente se genera una planilla que permite registrar la fecha de entrega y la firma del funcionario asignado para realizar el trámite del documento. Generando avance el 27% (3//11). |
| Riesgo: Demorar la revisión y realización de trámites internos para perjudicar a un usuario. | | | |
| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Dirección de Contratación. | Evaluación OCI |
| Cuadro radicador | Diligenciamiento de cuadro radicador de contratación (Directa y procesos). | Se está dando cumplimiento. Indicador: Actas de verificación realizadas / Actas de verificación a realizarse | La Asesora adscrita a la Dirección de Contratación el 3 de marzo, el 7 abril y 5 de mayo verificó que el funcionario asignado a realizar el diligenciamiento del cuadro radicador de contratación llevara a cabo la tarea. La evidencia se encuentra registrada en Actas de seguimiento. Generando avance del 27% (3/11). |
| Riesgo: Designar supervisores que no cuentan con conocimientos suficientes y/o tienen sobrecarga laboral no permite ejercer el control en cumplimiento de su rol y arriesgar la adecuada ejecución del contrato. | | | |
| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Dirección de Contratación | Evaluación OCI |
| No existen controles | Analizar en Consejo de Gobierno durante el primer | Sin Avance | Sin avance. |



CONTROL INTERNO

| | semestre del año, las diferentes alternativas para una adecuada asignación de supervisiones. | | |
|--|--|--|--|
| Riesgo: Desconocimiento por parte de las Secretarías Ejecutoras de los procedimientos, instructivos y directrices en materia contractual. | | | |
| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Dirección de Contratación | Evaluación OCI |
| No existe | 1) Revisar y/o actualizar los procedimientos, instructivos y formatos del proceso de Gestión Contractual. | La Administración Municipal con la firma del Pacto por la Transparencia debe iniciar la publicación en el SECOP II, lo cual modificaría procedimientos, instructivos y formatos; razón por la cual no se ha solicitado la presentación de modificaciones ante los Comités de Archivo y de Gestión Documental. La Dirección de Contratación se encuentra adelantando las gestiones tendientes a la capacitación y asesoría para todos los intervinientes en el proceso de Gestión Contractual en cuanto a la nueva metodología y una vez se tenga establecida la ruta a seguir se adelantarán los trámites a que haya lugar en los Comités mencionados. | No se presentó evidencias que registren el cumplimiento de la acción programada. Adicionalmente, se deja como observación que el riesgo formulado es un riesgo administrativo. Razón por la que recomienda consultar las páginas 17 y 18 de la Guía gestión del riesgo de corrupción, expedida por la Secretaría de transparencia en el año 2015. Páginas que contienen la estructura con la se determina si un riesgo es de corrupción. |
| | 2) Socializar a las Secretarías Ejecutoras sobre procedimientos, instructivos, formatos y directrices del Proceso de Gestión Contractual | Se han realizado socializaciones con los ordenadores del gasto y secretarios ejecutores sobre directrices en el proceso de Gestión Contractual. Se tiene programada una capacitación sobre SECOP II para el próximo 19 de mayo con todos los intervinientes en el proceso. En relación a socializar los procedimientos, instructivos y formatos se debe tener en cuenta primero la adopción de los mismos. | El 29 de marzo de 2017 a Ordenadores del gasto y a Secretarios ejecutores, la Directora de la Oficina de Contratación, dio directrices sobre el proceso de contratación, ruta y trámites, modelos de contratos a emplear. La evidencia se encuentra registrada Acta de fecha 9 de marzo y listado de asistencia. Generando avance del 25%, en razón a que durante el periodo evaluado se ha realizado 1 socialización de la 4 programadas. |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | Indicador: Socializaciones realizadas. | |
|--|--|---|--|

El mapa de riesgos de corrupción del proceso Gestión de la productividad y desarrollo económico, se encuentra conformado por los siguientes riesgos: Solicitud y aceptación de dadivas por alterar los resultados de las evaluaciones de los postulados a los concursos de emprendimiento, con el fin de favorecer a un tercero y el riesgo denominado suministro de capital semilla y beneficios (participación en feria microempresarial) a personas que no cumplen con los requisitos para beneficio de un tercero.

Las acciones propuestas por la Secretaría de Apoyo a la Gestión para prevenir la materialización de los riesgos, presentan el siguiente avance en su implementación:

| Proceso: Gestión de la productividad y desarrollo económico | | | |
|--|--|---|---|
| Riesgo: Solicitud y aceptación de dadivas por alterar los resultados de las evaluaciones de los postulados a los concursos de emprendimiento, con el fin de favorecer a un tercero. | | | |
| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Secretaría de Apoyo a la Gestión. | Evaluación OCI |
| CODIGO DE ETICA | Socialización del Código de ética al personal encargado del programa | <p>1 Socialización trimestral.</p> <p>Indicador: Número de socializaciones programadas/ numero de socializaciones realizadas.</p> <p>Avance = 1/4</p> | <p>Se socializó el 18 de abril del 2017, el código de ética al personal encargado de implementar actividades asociadas el programa: Ibagué emprende produce e innova.</p> <p>La evidencia reposa en el Acta N0.2 de fecha 18 de abril de 2016</p> <p>Aplicando el indicador</p> |



CONTROL INTERNO

| | | | <p>formulado el resultado es:</p> <p>Avance: $\frac{1}{4} = 25\%$</p> |
|---|---|---|--|
| <p>Riesgo: Suministro de capital semilla y beneficios (participación en feria microempresarial) a personas que no cumplen con los requisitos para beneficio de un tercero.</p> | | | |
| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Secretaría de Apoyo a la Gestión. | Evaluación OCI |
| CODIGO DE ETICA | Socialización del Código de ética al personal encargado del programa. | <p>1 Socialización Trimestral</p> <p>Indicador: Número de socializaciones programadas/ numero de socializaciones realizadas.</p> <p>Avance= $\frac{1}{4}$.</p> | <p>Se socializó el 18 de abril del 2017, el código de ética al personal encargado de implementar actividades asociadas el programa: Ibagué emprende produce e innova.</p> <p>La evidencia reposa en el Acta N0.2 de fecha 18 de abril de 2016</p> <p>Aplicando el indicador formulado el resultado es:</p> <p>Avance: $\frac{1}{4} = 25\%$.</p> |

| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Secretaría de Apoyo a la Gestión. | Evaluación OCI |
|--|---|--|---|
| INSTRUCTIVO PARA FERIAS MICROEMPRESARIALES | Socialización del Instructivo para la realización de las Ferias Microempresariales al personal vinculado y al Comité Evaluador de estas ferias. | <p>1 socialización trimestral al personal vinculado durante el periodo evaluado.</p> <p>Indicador: Número de socializaciones realizadas</p> <p>Avance 1</p> | <p>Se socializó el Instructivo al personal adscrito a la Secretaría de Apoyo a la Gestión, y se desarrollo actividades asociadas a promover el desarrollo económico de los pequeños y medianos empresarios. La evidencia se encuentra registrada en el Acta N0.2 de fecha 18 de abril de 2017.</p> <p>Aplicando el indicador formulado el resultado es:</p> |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | | Avance: ¼ = 25%. |
| Formato de caracterización de microempresarios | Actualizar la base de datos de acuerdo a los formatos de caracterización de microempresarios diligenciados. | BASES DE DATOS Indicador base de datos actualizada. Avance 1 | Como evidencia de ejecución de la actividad programada, se presentó la base de datos que consolida la información registrada en los formatos de caracterización de usuarios actualizada. Generando avance del 40%. |

El mapa de riesgos de corrupción del proceso Comunicaciones y gestión de las TICs se encuentra conformado por los siguientes riesgos: Manipulación de la información institucional para beneficio a terceros, y el riesgo Filtración de información institucional a cambio de prebendas.

Las acciones propuestas por la Dirección de Comunicaciones para prevenir la materialización del riesgo, presentan el siguiente avance en su implementación.

| | | | |
|--|------------------------------|---|---|
| Proceso: Comunicaciones y Gestión de las TICs. | | | |
| Riesgo: Manipulación de la información institucional para beneficio a terceros. | | | |
| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Secretaría de Apoyo a la Gestión. | Evaluación OCI |
| Instructivo elaboración | Actualizar el instructivo de | En los comités de comunicaciones realizados | En los comités técnicos realizados el 13 de febrero y 5 |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|------------------------|---|---|---|
| de boletines de prensa | boletines prensa, incluyendo citación de fuentes. | en la Dirección de Comunicaciones, se dan claras orientaciones frente al manejo de los comunicados y en todas las actas se evidencia el seguimiento a la información publicada. Las actas reposan en la carpeta 1310-01-01 actas de comité técnico. | de abril de 2017, se evidencia que se dieron lineamientos sobre el manejo de los audios que se gravan para realizar los comunicados, con el fin de evitar contradicciones respecto a la información registrada en los boletines de prensa. Generando avance del 50%, en razón a que se evidencia realizadas 2 reuniones de las 4 programadas. La evidencia reposa en las actas de comité técnico No. 3 y 10 (Serie 1310 -01-01). Se deja como recomendación actualizar el instructivo de prensa, con el ajuste programado. |
|------------------------|---|---|---|

Riesgo: Filtración de información institucional a cambio de prebendas.

| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Secretaría de Apoyo a la Gestión. | Evaluación OCI |
|---|---|--|--|
| Cláusula de confidencialidad de la información, establecida en las condiciones generales del contrato de prestación de servicios. | Socializar con los contratistas las obligaciones del contrato en lo que respecta a la confidencialidad de la información (Cláusula 13 literal b,c,d,e). | Mediante reunión de comité de comunicaciones, se socializaron las obligaciones que tienen los contratistas frente a la confidencialidad de la información. Lo anterior se evidencia en el acta N°3 de febrero 13 de 2017 | En los comités técnicos realizados el 13 de febrero y 22 de marzo de 2017, se socializó el mapa de riesgos de corrupción y la cláusula de confidencialidad de la información, establecida en la minuta de los contratos de prestación de servicios, del personal adscrito a la Dirección de Comunicaciones (Cláusula No.13 literal b,c,d,e). Generando avance del 50% (2/4). La evidencia reposa en los expedientes que conforman la serie 1310 – 01 -01. |

Riesgo: Filtración de información institucional a cambio de prebendas.

| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Secretaría de Apoyo a la Gestión. | Evaluación OCI |
|------------------|-------------------------|---|-----------------------|
|------------------|-------------------------|---|-----------------------|



CONTROL INTERNO

| | | | |
|-----------------|---|---|--|
| código de ética | Socializar código de ética en comités internos y en el boletín interno. Además realizar circular a directivas sobre las declaraciones oficiales | A la fecha se han realizado 11 boletines internos, los cuales tienen una sección especial dedicada al código de ética, así mismo se realizó memorando N° 13102017-6001 del 6 de abril de 2017, donde se le resalta a secretarios y directores la importancia de realizar declaraciones oficiales conforme al conducto regular | Durante el periodo evaluado se realizaron 11 boletines internos, con una sección especial para difundir los principios y valores del código de ética; así mismo mediante memorando 1310 – 2017- 016001 de fecha 6 de abril de 2017, expedido por la Dirección de Comunicaciones, se dio directrices para dar declaraciones a medios de comunicación a Secretarios y Directores. Generando avance del 67% (2/3). La evidencia reposa en los correos personales de los funcionarios y Aplicativo PISAMI. |
|-----------------|---|---|--|

9. CONCLUSIONES

La política de administración del riesgo se encuentra documentada con el código: POL - MC – 01, versión 01 de fecha 11 de Diciembre de 2015. No obstante, es conveniente actualizarla con la participación de los integrantes del Comité SIGAMI, con base en los lineamientos establecidos en la versión 2 de la Guía para la gestión del riesgo de corrupción, expedida por la Secretaría de Transparencia y la guía para la gestión del riesgo versión 3, expedida por el DAFP.

El Mapa Institucional de riesgos de corrupción de la vigencia 2017, se encuentra publicado en la página web de entidad desde el 31 de enero de 2017, cumpliendo lo normado en el párrafo transitorio del artículo 2.1.4.8 del Decreto 124 de 2016. Los mapas de riesgos de corrupción de los procesos Gestión Contractual, Gestión de la productividad y Desarrollo Económico, Comunicaciones y Gestión de las Tics; se encuentran elaborados siguiendo los lineamientos establecidos en la Guía de administración del riesgo versión 2015; expedida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y publicada por el DAFP.

La Dirección de Contratación identificó 6 riesgos de corrupción al proceso Gestión Contractual. No obstante el riesgo denominado: Designar supervisores que no cuentan con conocimientos suficientes y/o tienen sobrecarga laboral, no



CONTROL INTERNO

permite ejercer el control en cumplimiento de su rol y arriesgar la adecuada ejecución del contrato. No cuenta con control; herramienta básica para prevenir la materialización del riesgo. Asimismo, no presenta avance en la implementación de las acciones formuladas, para prevenir la materialización del riesgo. De ahí que se recomiende formular acciones orientadas a crear el control, determinar la periodicidad en que se ejerce el control y la asignación del responsable de ejecución del control. Sumado a lo anterior, es conveniente consultar la matriz de definición del riesgo de corrupción establecida en la guía de administración del riesgo de corrupción versión 2; con el fin de determinar si es administrativo o de corrupción, el riesgo identificado como: Desconocimiento por parte de los Secretarios Ejecutores de los procedimientos, instructivos y directrices en materia contractual.

La Secretaria de Apoyo a la Gestión identificó 2 riesgos de corrupción en el proceso de Gestión de la Productividad y Desarrollo Económico. Las acciones propuestas para prevenir la materialización de los riesgos, presentan avance de implementación coherente al que debería presentar a la fecha de corte del seguimiento realizado. No obstante, fue evidente que durante el periodo evaluado, no se llevo a cabo el diligenciamiento de los formatos de caracterización de microempresarios; herramienta que debe contener la información requerida para actualizar la base de datos de la matriz de caracterización de microempresarios.

La Dirección de Comunicaciones identificó 2 riesgos de corrupción al proceso Comunicación y Gestión de las Tics. . Las acciones propuestas para prevenir la materialización de los riesgos, presentan avance de implementación coherente al que debía presentar a la fecha de corte del seguimiento realizado.

10.RECOMENDACIONES:

Consultar las observaciones registradas por cada proceso en el presente informe, con el fin de implementar acciones de mejora.

Continuar la ejecución de las acciones propuestas para prevenir la materialización de los riesgos identificados en cada proceso.

Es conveniente consultar la política de gestión del riesgo publicada en la página web, en el link de transparencia, haciendo parte de los documentos asociados al



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

proceso de mejora continua. Con el fin de consultar la periodicidad con la que los dueños de los procesos, deben monitorear la implementación de las acciones propuestas para prevenir la materialización de los riesgos; a su vez responsabilizarse de la operatividad del comité de riesgos. Adicionalmente, se les recuerda que el Monitoreo y Revisión permite determinar la necesidad de modificar, actualizar o mantener en las mismas condiciones los factores de riesgo, así como su identificación, análisis y valoración.

Cordialmente,

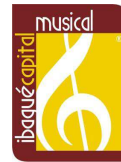
MAURICIO PULIDO CORRAL
Jefe de Oficina de Control Interno

Redacto: Carmen Rosa Rondón

ALCALDIA MUNICIPIO DE IBAGUE



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

**INFORME DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES
PROPUESTAS PARA PREVENIR LA MATERIALIZACIÓN DE LOS RIESGOS
DE CORRUPCIÓN, IDENTIFICADOS EN EL PROCESO GESTIÓN JURÍDICA.**

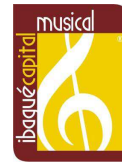
MAYO DE 2017

TABLA DE CONTENIDO



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7

CONTROL INTERNO



Pag

| | |
|-----------------------------------|---------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 - 4 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 2.1 Objetivo General | 4 |
| 2.2 Objetivos Específicos | 4 |
| 3. ALCANCE | 4 – 5 |
| 4. CRITERIOS DE EVALUACIÓN | 5 |
| 5. METODOLOGIA | 5 |
| 6. EVALUACION | 5 - 10 |
| 7. CONCLUSIONES | 11 |
| 8. RECOMENDACIONES | 11 – 12 |



11. INTRODUCCIÓN

En cumplimiento del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 124 del 26 de enero de 2016, Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. La metodología para construir esta estrategia está a cargo del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, —hoy Secretaría de Transparencia—.

El artículo 2.1.4.1 del Decreto 124 de 2016, señala como metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo [73](#) de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contenida en el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Versión 2”.

El Artículo 2.1.4.2 del decreto 124 de 2016, establece como metodología para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el documento “Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción”.

El Plan anticorrupción y atención al ciudadano debe contener los siguientes componentes:

- a) Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción y medidas para mitigar los riesgos.
- b) Racionalización de Trámites.
- c) Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano.
- d) Rendición de Cuentas.
- e) Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información.
- F) iniciativas adicionales que la entidad considere necesarias para combatir la corrupción

El art 4° del Decreto 2641 de 2012, establece que la consolidación del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, estará a cargo de la Oficina de planeación de las entidades o quien haga sus veces, quienes además servirán de facilitadores para todo el proceso de elaboración del mismo.

CONTROL INTERNO

La Alcaldía de Ibagué, elaboró el Plan Anticorrupción de la vigencia 2017, el cual se encuentra publicado en la página web de la entidad, atendiendo lo normado, y siguiendo los lineamientos establecidos en la guía “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano”, expedida por la Secretaría de Transparencia del Departamento Administrativo de la Presidencia de la República.

La consolidación del plan anticorrupción y de atención al ciudadano, estuvo a cargo de la Secretaria de Planeación de la Alcaldía.

El artículo 5° del Decreto 2641 de 2012 y el artículo 2.1.4.6 del Decreto 124 de 2016, disponen que el mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del mencionado documento, estará a cargo de las Oficinas de Control Interno, para lo cual se publicará en la página web de la respectiva entidad, las actividades realizadas, de acuerdo con los parámetros establecidos. En cumplimiento de lo normado la Oficina de Control interno realizó el seguimiento a la ejecución de las acciones propuestas por la Oficina Jurídica, para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción identificados en el proceso de Gestión Jurídica, con fecha de corte 30 de abril de 2017; generando el presente informe.

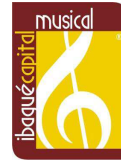
12. OBJETIVO GENERAL

Realizar seguimiento a la implementación de las acciones propuestas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2017, orientadas a prevenir la materialización de riesgos de corrupción durante el periodo 1 de febrero de 2017 al 30 de abril de 2017.

12.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

12.1.1 Verificar el cumplimiento de las políticas de administración del riesgo

2.1.2 Realizar seguimiento al avance sobre el cumplimiento de las acciones propuestas por la Oficina Jurídica, para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción, identificados en el proceso Gestión Jurídica, con fecha de corte 30 de abril de 2017.



13. ALCANCE

Se evaluó el cumplimiento de las acciones preliminares desarrolladas en enero de 2017, orientadas a la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano bajo la coordinación de la Secretaría de Planeación; y la ejecución de las acciones propuestas, tendientes a prevenir la materialización de los riesgos de corrupción de la vigencia 2017 formulados al proceso Gestión Jurídica; con fecha de corte 30 de abril de 2017.

14. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Ley 87 de 1993, Procedimiento de administración del riesgo y políticas de administración del riesgo establecidos por la entidad, artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, Título 4 del Decreto 1081 de 2015, Decreto 124 del 26 de enero de 2016, guía de gestión del riesgo de corrupción versión 2015 y guía estrategias para construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

15. METODOLOGIA

Para el desarrollo de la evaluación se llevo a cabo las siguientes actividades:

d. Consulta del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano publicado en la página web de la Alcaldía, solicitud a la Oficina Jurídica de autoevaluación sobre el cumplimiento de las acciones propuestas, para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción identificados en el proceso de Gestión Jurídica.

e. Revisión y verificación de la ejecución de actividades propuestas por la Oficina Jurídica, para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción identificados en el Proceso Gestión Jurídica, con fecha de corte 30 de abril de 2017.

f. Elaboración del informe de seguimiento para su posterior publicación en la página web de la Alcaldía de Ibagué.



CONTROL INTERNO

16. EVALUACIÓN - OBSERVACIÓN

El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2017, se elaboró bajo el liderazgo de la Secretaría de Planeación Municipal, para la elaboración se tuvo en cuenta acciones preliminares, aspectos generales y componentes definidos en la guía Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Versión 2 del año 2015, expedida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y publicada en la página web del DAFP; e igualmente se involucró a servidores públicos, de quienes se recibieron sugerencias, algunas tenidas en cuenta e incluidas dentro del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.

El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2017, se encuentra formulado y publicado en la página web de la entidad (www.alcaldiadeibague.gov.co), desde el 31 de enero de 2017, en cumplimiento de lo normado en el párrafo transitorio del artículo 2.1.4.8 del Decreto 124 de 2016.

El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2016, lo integran los seis (6) componentes que establece el documento Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Versión 2- 2015, correspondientes a: Gestión del Riesgo de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción, Racionalización de Trámites, Rendición de Cuentas, Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano, Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información e Iniciativas Adicionales; a los cuales se les formularon acciones a implementar tendientes a prevenir actos de corrupción.

La Oficina de Control Interno mediante Circular No. 1002. 2017 – 0010 expedida el 17 de abril de 2017, solicitó a las Secretarías y Oficinas remitir autoevaluación sobre el cumplimiento de las acciones propuestas, para prevenir la materialización de los riesgos de corrupción del mapa vigente con corte al 30 de abril de 2017. En respuesta a la Circular, la Oficina Jurídica mediante el memorando No. 1001 - 0019148 de fecha 2 de mayo de 2017, envió a la Oficina de Control Interno la autoevaluación solicitada.

16.1 COMPONENTE MAPA ANTICORRUPCIÓN:

CONTROL INTERNO

La política de administración del riesgo se encuentra documentada con el código: POL - MC – 01, versión 01 de fecha 11 de Diciembre de 2015.

16.1.1 SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACCIONES FORMULADAS, PARA PREVENIR LA MATERIALIZACIÓN DE LOS RIESGOS DE CORRUPCIÓN, IDENTIFICADOS PROCESO GESTIÓN JURÍDICA.

El mapa de riesgos de corrupción del proceso Gestión Jurídica, se encuentra conformado por los siguientes riesgos:

Omitir, retardar, negar o rehusarse a realizar actos propios de la función del apoderado en las acciones legales, ocasionando pérdidas financieras al Ente Territorial.

Emitir dictámenes o conceptos jurídicos contrarios a la ley, u omitir, retardar, negar o rehusarse a realizar actos que le corresponden a las funciones del servidor público para beneficio propio o de un tercero.

Las acciones propuestas por la Oficina Jurídica para prevenir la materialización de los riesgos, presentan el siguiente avance en su implementación:

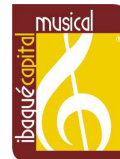
| Proceso: Gestión Jurídica | | | |
|--|--|--|--|
| Riesgo: Omitir, retardar, negar o rehusarse a realizar actos propios de la función del apoderado en las acciones legales, ocasionando pérdidas financieras al Ente Territorial. | | | |
| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Oficina Jurídica. | Evaluación OCI |
| Comité de Conciliación del municipio de Ibagué | Requerir a los apoderados que todas las ponencias deben ser presentadas ante el comité. Solicitar a la Secretaría Administrativa que los apoderados sean de planta o solicitar a la Directora del Grupo de | Memorandos de programación de sesiones ordinarias y extraordinarias del comité de conciliación para la vigencia 2017: sesiones ordinarias (24) y sesiones extraordinarias (5): Memorandos 000172 y 000167 de fecha 03 enero de 2017. Número de Memorandos de citación a comité de conciliación: 2017-000720 de 06 enero/17, 2017-003348 de 26 enero/17, 2017-003352 de 26 enero/17, 2017-007062 de 16 feb/17, 2017-008568 de 24 feb/17, 2017-009286 de 01 | Durante el periodo evaluado se realizaron 8 sesiones ordinarias, convocadas mediante los memorandos: 2017-000720 de 06 enero/17, 2017-003348 de 26 enero/17, 2017-003352 de 26 enero/17, 2017-007062 de 16 feb/17, 2017-008568 de 24 feb/17, 2017-009286 de 01 marzo/17, 2017-009654 de 02 marzo/17, 2017-009292 de 01 marzo/17, 2017-009646 de 02 marzo/17, 2017-012197 de 16 marzo/17, 2017-012395 de 16 marzo/17, 2017-012957 de 22 marzo/17, 2017-014093 de 28 marzo/17, 2017-015092 de 03 abr/17, 2017-015098 de 03 abr/17, 2017-015259 de 04 abr/17, 2017-016218 de 07 abr/17. Mediante los memorandos |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|--|--|---|---|
| | <p>Contratación de incluir una cláusula de exclusividad de la representación judicial para el municipio para los apoderados de externos.</p> | <p>marzo/17, 2017-009654 de 02 marzo/17, 2017-009292 de 01 marzo/17, 2017-009646 de 02 marzo/17, 2017-012197 de 16 marzo/17, 2017-012395 de 16 marzo/17, 2017-012957 de 22 marzo/17, 2017-014093 de 28 marzo/17, 2017-015092 de 03 abr/17, 2017-015098 de 03 abr/17, 2017-015259 de 04 abr/17, 2017-016218 de 07 abr/17.</p> <p>Total sesiones realizadas del Comité de Conciliación, desde enero a abril 28 de la vigencia 2017, DIEZ (10). 1. Sesiones ordinarias: OCHO (08) ordinarias, contenidas en las actas: acta 001 del 10 de enero, acta 003 del 24 de enero, 004 del 13 de febrero , acta 005 del 01 de marzo, 006 del 14 de marzo, suspendida y</p> | <p>citados, se informó a los abogados la fecha de realización de los comités, y a su vez solicitando la presentación de las fichas técnicas que requieren el aval de conciliación. Producto de la gestión realizada por el comité se evidenció que de las 129 fichas presentadas se dio aval conciliatorio a 14. Concluyendo que el Comité de Conciliación, durante el periodo evaluado otorgo aval conciliatorio al 10.85% de las fichas técnicas presentadas.</p> <p>Por medio del memorando No. 10266 de fecha 2 de marzo de 2017, se hizo requerimiento a la Dirección de Talento Humano la necesidad de contratar 1 abogado. Solicitud de que no fue aprobada, razón por la cual no fue necesario durante el periodo evaluado; incluir en el contrato de prestación de servicios la cláusula de exclusividad de la representación judicial para el Municipio.</p> |
|--|--|---|---|

| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Oficina Jurídica. | Evaluación OCI |
|-----------|------------------|---|----------------|
| | | <p>reanudada el 16 del mismo mes, acta 006 del 14 de marzo, acta 007 del 28 de marzo, acta 008 del 18 de abril, acta 010 del 25 de abril.</p> <p>2. Sesión extraordinaria: DOS (02) extraordinarias, contenidas en el acta 002 del 24 de enero, acta 009 del 18 de abril.</p> <p>3. Asuntos sometidos: Se sometieron a conocimiento del Comité de Conciliación, CIENTO CUARENTA Y OCHO (148) fichas técnicas, y se avaló proponer formula de acuerdo conciliatorio en CATORCE (14) casos.</p> <p>Avance 10.85%%.</p> | |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>4. Acciones de repetición: Para el día 24 de enero de 2017, según acta 002, se celebró sesión extraordinaria con el ánimo de evaluar la posibilidad de iniciar acciones de repetición respecto de las sentencias condenatorias debidamente ejecutoriadas que se profirieron en el curso del segundo semestre de la vigencia 2016; donde se sometieron TRECE (13) fichas técnicas, y conforme el concepto jurídico, la posición del Comité de Conciliación, fue de no iniciar acción de repetición. Y en el ACTA 009 Comité Extraordinario de Conciliación de fecha 18 de abril de 2017, donde se sometieron CINCO (5) fichas técnicas, y conforme el concepto jurídico, la posición del comité de Conciliación, fue de avalar a iniciar acción de repetición.</p> <p>Avance: 5. 26%.</p> | <p>Se realizaron dos sesiones extraordinarias, a través de las cuales se presentaron 19 fichas técnicas sobre sentencias condenatorias debidamente ejecutoriadas, de las cuales 1 sentencia fue avalada para iniciar acción de repetición. Generando avance del 5, 26%.</p> |
|--|--|--|--|

Proceso: Gestión Jurídica

Riesgo: Omitir, retardar, negar o rehusarse a realizar actos propios de la función del apoderado en las acciones legales, ocasionando pérdidas financieras al Ente Territorial.

| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Oficina Jurídica. | Evaluación OCI |
|--|---|--|--|
| Plataforma de Procesos Judiciales - Softcon o el que haga sus veces. | Implementar mejoras o desarrollos a la plataforma de procesos judiciales softcon o la que haga sus veces. | <p>Informática Memorandos: 2017-018918 de abril 28/2017, 2017-014236 de marzo 19/2017, memorando 2017-012951 marzo 22/2017</p> <p>Avance: 0%</p> | Sin Avance. |
| Evaluación de la Gestión | Realizar la Evaluación Gestión | La evaluación de la gestión procesal, se realizara en el | Sin Avance. En razón a que la evaluación de la gestión procesal |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|----------|---|---|---|
| Procesal | Procesal a los Abogados que ejercen la representación Judicial del Municipio. | segundo semestre de la vigencia 2017. Avance: 0% | se encuentra programada para realizar anualmente. |
|----------|---|---|---|

Riesgo: Emitir dictámenes o conceptos jurídicos contrarios a la ley, u omitir, retardar, negar o rehusarse a realizar actos que le corresponden a las funciones del servidor público para beneficio propio o de un tercero.

| Controles | Acción Propuesta | Autoevaluación Oficina Jurídica. | Evaluación OCI |
|---|--|---|--|
| Normatividad, Código Disciplinario del Abogado, Código de Ética, Código Único Disciplinario | Requerir a los apoderados que todas las ponencias deben ser presentadas ante el comité. Solicitar a la Secretaría Administrativa que los apoderados sean de planta o solicitar a la Directora del Grupo de contratación de incluir una cláusula de exclusividad de la representación judicial para el municipio para los apoderados de externos. | <p>Contratación, Apoyo a la Gestión -Sec. Administrativa: Memorandos 2017-010266 de 06 marzo de 2017, Memorando 2017-012317 de marzo 16 de 2017, Memorando 2016-051864 dic de 2016 -Plan de necesidades de Talento Humano, Memorando 2016-051799 dic 12 de 2016-Plan de necesidades de Talento Humano, Memorando 2016-051797 dic 12 de 2016 -Plan de necesidades de Talento Humano, Memorando 2016-051793 dic 12 de 2016-Plan de necesidades de Talento Humano. Considerando que la oficina jurídica no cuenta con asignación y rubro presupuestal para contratar personal a través de contratos de prestación de servicios profesionales y/o asistencial sino que se hace a través de solicitud de memorandos a la Secretaría Administrativa por el rubro de Administrativa denominado Remuneración Servicios Técnicos y profesionales: a la fecha se contrato una persona de apoyo asistencial (1) Ignacio Joaquín Dueñas Vásquez.</p> <p>Avance 33.33.</p> | <p>Durante el periodo evaluado se realizaron 8 sesiones ordinarias y 2 extraordinarias convocadas mediante los memorandos: 2017-000720 de 06 enero/17, 2017-003348 de 26 enero/17, 2017-003352 de 26 enero/17, 2017-007062 de 16 feb/17, 2017-008568 de 24 feb/17, 2017-009286 de 01 marzo/17, 2017-009654 de 02 marzo/17, 2017-009292 de 01 marzo/17, 2017-009646 de 02 marzo/17, 2017-012197 de 16 marzo/17, 2017-012395 de 16 marzo/17, 2017-012957 de 22 marzo/17, 2017-014093 de 28 marzo/17, 2017-015092 de 03 abr/17, 2017-015098 de 03 abr/17, 2017-015259 de 04 abr/17, 2017-016218 de 07 abr/17. Mediante los memorandos citados, se informó a los abogados la fecha de realización de los comités, y a su vez solicitando la presentación de las fichas técnicas que requieren el aval conciliatorio o de acción de repetición.</p> <p>Para establecer el porcentaje de avance se evidencia que según memorando No. 000172 y 000167, expedidos por la Oficina Jurídica de fecha 3 de enero de 2017, se encuentran programados realizar 24 sesiones ordinarias y 5 extraordinarias del comité. Concluyendo que el porcentaje de avance de cumplimiento de la acción programada es del 34,82% (10/29).</p> |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>La oficina Jurídica mediante los memorandos No. 010266 del 6 de marzo de 2017, 012317 del 16 de marzo solicito y reitero a la Dirección de Talento Humano la necesidad de contratar 1 abogado, pero a la fecha de corte del presente informe no se ha tenido respuesta posita al respecto, generando avance del 0%.</p> <p>Se deja como Observación que la acción formulada no contribuye a prevenir la materialización; en razón a que las funciones de los comités conciliación, están orientadas a determinar la procedencia e improcedencia de la conciliación, y a establecer los parámetros dentro de los cuales el apoderado actuará en las audiencias de conciliación; sumado a estas funciones se encuentra la de evaluar los procesos que han sido fallados en contra de la entidad, con el fin de determinar la procedencia de la acción de repetición. Por consiguiente la acción formulada no contribuye a prevenir la materialización del riesgo. Razón por la que se recomienda convocar a los integrantes del comité de riesgos con el fin de , reformular la acción propuesta orientándola a atacar las causas del riesgo y a fortalecer los controles.</p> |
|--|--|--|---|

17. CONCLUSIONES

La política de administración del riesgo se encuentra documentada con el código: POL - MC – 01, versión 01 de fecha 11 de Diciembre de 2015. No obstante, es conveniente actualizarla con la participación de los integrantes del Comité



CONTROL INTERNO

SIGAMI, con base en los lineamientos establecidos en la versión 2 de la Guía para la gestión del riesgo de corrupción, expedida por la Secretaría de Transparencia y la guía para la gestión del riesgo versión 3, expedida por el DAFP.

El Mapa Institucional de riesgos de corrupción de la vigencia 2017, se encuentra publicado en la página web de entidad desde el 31 de enero de 2017, cumpliendo lo normado en el párrafo transitorio del artículo 2.1.4.8 del Decreto 124 de 2016. El mapa de riesgos de corrupción del proceso Gestión Jurídica; se encuentra elaborado siguiendo los lineamientos establecidos en la Guía de administración del riesgo versión 2015; expedida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República y publicada por el DAFP.

La Oficina Jurídica identificó 2 riesgos de corrupción al proceso Gestión Jurídica, las acciones propuestas para prevenir la materialización del riesgo, presentan un avance coherente al que debería tener a la fecha de corte del presente informe. Sin embargo, es conveniente reformular la acción propuesta para prevenir la materialización del riesgo denominado: Emitir dictámenes o conceptos jurídicos contrarios a la ley, u omitir, retardar, negar o rehusarse a realizar actos que le corresponden a las funciones del servidor público para beneficio propio o de un tercero. En razón a que las actividades que se desarrollan en el comité de conciliación, no están asociadas a ejercer control sobre los conceptos jurídicos proyectados por los abogados.

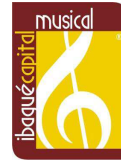
18.RECOMENDACIONES:

Es conveniente consultar la política de gestión del riesgo publicada en la página web, en el link de transparencia, haciendo parte de los documentos asociados al proceso de mejora continua. Con el fin de consultar la periodicidad con la que los dueños de los procesos, deben monitorear la implementación de las acciones propuestas para prevenir la materialización de los riesgos; a su vez responsabilizarse de la operatividad del comité de riesgos. Adicionalmente, se les recuerda que el Monitoreo y Revisión permite determinar la necesidad de modificar, actualizar o mantener en las mismas condiciones los factores de riesgo, así como su identificación, análisis y valoración.

Analizar en comité técnico las observaciones registradas en el presente informe, con el fin de implementar acciones de mejora, en el Mapa de riesgos de corrupción del proceso gestión jurídica.



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

Continuar con la implementación de las acciones propuestas para prevenir la materialización de los riesgos identificados en el proceso gestión Jurídica.

Cordialmente,

MAURICIO PULIDO CORRAL
Jefe de Oficina de Control Interno

Redacto: Carmen Rosa Rondón

ALCALDIA DE IBAGUE

**INFORME DE SEGUIMIENTO MONITOREO RIESGOS DE CORRUPCION
SECRETARIA DE GOBIERNO**



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

CONTROL INTERNO



MAYO 2017

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| INTRODUCCION | 4 |
| 2. OBJETIVOS | 5 |
| Objetivo General | 5 |
| Objetivo Específico | 5 |
| 3. ALCANCE | 5 |
| 4. METODOLOGIA | 5 |
| 5. EVALUACION-OBSERVACIONES | 5 |
| 5.1 Política de Administración del riesgo | 5 |
| 5.2 Proceso: Control y Vigilancia | 6 |
| 5.2.1 Proceso: Gestión de la Seguridad y Convivencia Ciudadana | 10 |
| 7. CONCLUSIONES | |
| 8. RECOMENDACIONES | |



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

1. INTRODUCCIÓN

El Mapa de Riesgos de Corrupción es uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, en el cual se identifican y previenen los riesgos de corrupción presentes en la entidad, por medio de medidas administrativas de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos e integradas a los procedimientos, de manera que permitan disminuir la probabilidad y/o impacto de ocurrencia real de un evento de este tipo, que pueda llegar a afectar la gestión misional.

La oficina de control interno de la Alcaldía de Ibagué, realizó el monitoreo a la Administración de Riesgos de la Secretaría de Gobierno en atención a ley 87 de 1993, Ley Antitrámites, Decreto No. 2641 del 17 de diciembre de 2012 "Por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011", y se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública, Decreto 2641 de 17 de diciembre de 2012, Art. 5., donde establece que el mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del Plan anticorrupción estará a cargo de ese despacho.

Los Mapas de Riesgos fueron formulados por cada una de las unidades administrativas de la Alcaldía de Ibagué.

Una vez recibida la autoevaluación realizada por la Secretaría de Gobierno con corte a 30 de abril, se realiza el monitoreo por parte de la oficina de Control



CONTROL INTERNO

Interno de las políticas, acciones preventivas, controles, causas, el riesgo y su evolución entre otras.

La Oficina de Control Interno al evaluar el Mapa Anticorrupción, proporciona herramientas a la Alta Dirección que facilitan la mejora y control de los agentes que interfieren en el cumplimiento de la misión y los objetivos de la Entidad.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar las Políticas de Administración del Riesgo en el primer cuatrimestre de 2017, de acuerdo con los lineamientos del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, de conformidad con lo preceptuado en el Decreto 124 de 2016 y la metodología diseñada por la Secretaría de transparencia de la Presidencia de la República.

2.2 Objetivos Específicos:

1.2.1 Asegurar el cumplimiento de normas, leyes y regulaciones.

1.2.2 Verificar la efectividad de los controles incorporados en el Mapa de riesgos de Corrupción.

1.2.3 Revisar cumplimiento de acciones en respuesta a los riesgos.

1.2.4 Sugerir correctivos y ajustes necesarios en la aplicación del procedimiento de administración del riesgo.

1.2.5 Propender por una cultura de autocontrol que conlleve a determinar el nivel del riesgo actual.

3. ALCANCE



CONTROL INTERNO

Evaluación y seguimiento al Mapa de riesgos de corrupción, a corte 30 de Abril de 2017.

4. METODOLOGIA

Como herramienta para la recolección de datos y obtención de evidencias, se utilizaron técnicas de auditoría: inspección documental, revisión de archivos electrónicos, indagación.

5. EVALUACION – OBSERVACION

5.1 Políticas de Administración del Riesgo.

El compromiso de la entidad es combatir la corrupción en todas sus manifestaciones, mediante la adopción de un sistema de administración de los riesgos que conlleven a minimizar la materialización de estos, que de llegarse a materializar, los resultados desencadenarían altos costos y efectos negativos. Además, el compromiso a impulsar el autocontrol, a fomentar los valores institucionales y a motivar la participación de los servidores en la construcción de una cultura basada en la ética pública, así como a sancionar con medidas ejemplarizantes las conductas probadas de sus funcionarios que vayan en contra de la ley y los derechos de los ciudadanos.

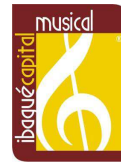
RIESGOS DE CORRUPCIÓN: La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia, del Estado, para la obtención de un beneficio particular °, se identifican en cada vigencia, se administran mediante el Mapa de Riesgos y se determinan acciones preventivas y correctivas para evitar su materialización.

El comité de Riesgos de la Dependencia se reunió y monitoreó el Mapa, según acta No 002 de 10 de marzo, siendo socializado a los funcionarios. Al momento del cierre del informe no se había realizado cambios en el Mapa de Riesgos colgados en la página web.

5.2 PROCESO: GESTIÓN DE CONTROL Y VIGILANCIA

Objetivo: Vigilar y controlar infracciones urbanísticas y de espacio público, el cumplimiento de requisitos por parte de los establecimientos comerciales y velar por los derechos del consumidor para obtener productos y servicios de calidad en el Municipio.

1. RIESGO: solicitud y/u ofrecimiento de dadivas para el



CONTROL INTERNO

diligenciamiento de los despachos comisorios en orden de llegada en el área respectiva.

Causa:

Ofrecimiento de dinero y/o dadas, personal no idóneo, falta de controles en los procedimientos internos, falta de seguimiento a las tareas asignadas, falta de control a las bases de datos, concentración de la información en una sola persona y pérdida de información.

° Concepto Guía Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción-Secretaría de Transparencia – Presidencia de la República - 2013

Control:

SIN CONTROLES

Siempre habrá necesidad que al riesgo identificado se le creen controles.

Acción: Alimentar base de datos de los despachos comisorios por turnos en forma continua.

Indicador

Despachos comisorios diligenciados/ despachos comisorios recibidos en cada turno x100.

ACCIONES EJECUTADAS EN EL CUATRIMESTRE CON CORTE A 30 DE ABRIL DE 2017.

Se han realizado 3 visitas, una por mes a la Inspección Permanente de Policía de acuerdo a la periodicidad establecida.

Teniendo en cuenta la entrada en vigencia del Código Nacional de Policía, el cual les suprime esta facultad a los Inspectores, artículo 206, donde establece que los inspectores de policía no ejercerán funciones ni realizarán diligencias jurisdiccionales por comisión de los jueces. Se han enviado: 8; diligenciados 139, incluidos años anteriores, Devueltos: 477 a los Juzgados de origen, otras actividades relacionadas con el Código de Policía 38.

Se devolvieron 477 a los juzgados de origen por falta interés de las partes y/o por diligenciamiento de los despachos comisorios.



CONTROL INTERNO

2. RIESGO: Tráfico de influencias en los procesos que avoca el área respectiva y dilación procesal

Causa:

Ofrecimiento de dinero y/o dadas, personal no idóneo, falta de controles en los procedimientos internos, falta de seguimiento a las tareas asignadas, falta de control a las bases de datos, concentración de la información en una sola persona y pérdida de información

Control:

SIN CONTROLES

Siempre habrá necesidad que al riesgo identificado se le creen controles

Acción:

Informe mensual de los procesos. Base de datos actualizado consolidado del informe de los procesos.

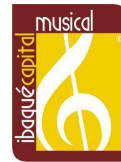
Indicador

$$\frac{\text{Procesos fallados}}{\text{Procesos iniciados}} \times 100$$

$$\frac{\text{Visitas de revisión realizadas}}{\text{Visitas de revisión programadas}} \times 100 = \frac{\text{Realizaron 35}}{\text{programaron 35}} = 100\%$$

ACCIONES EJECUTADAS EN EL CUATRIMESTRE CON CORTE A 30 DE ABRIL DE 2017.

1. Despacho Gobierno: Se recibieron para resolver recurso de apelación - Revocatorias 49 procesos, de los cuales se han fallado 8.
2. Dirección de Justicia: Las Inspecciones de Policía han iniciado 457 procesos, de los cuales han fallado 201, incluidos procesos de años anteriores, Corregidores recibidos: 99, Fallados: 3.
3. Se revisaron de forma aleatoria 35 procesos para cumplimiento de normatividad vigente y procedimientos.
4. Inspección Ambiental: Recibido 391 contravenciones, Resoluciones: 117, Amonestados: 177, Sancionados: 85 y Archivados: 249.



CONTROL INTERNO

5. Espacio Público: Iniciados 65, Fallos 0, de los cual 24 pertenecen a Ley 640 y 41 a Ley 388.

3. RIESGO: Solicitud y/u ofrecimiento de dadivas para expedir permisos

Causa:

Ofrecimiento de dinero y/o dadivas, personal no idóneo, falta de controles en los procedimientos internos, falta de seguimiento a las tareas asignadas, falta de control a las bases de datos, concentración de la información en una sola persona y perdida de información.

Control: Preventivo

Garantizar que los permisos se otorguen bajo los lineamientos de ley

Acción:

Verificar el cumplimiento de los requisitos a través de la lista de chequeo.

Indicador

ESPACIO PÚBLICO $\frac{\text{Permisos diligenciados}}{\text{Permisos solicitados}} \times 100 = \frac{655}{656} 100\%$

ACCIONES EJECUTADAS EN EL CUATRIMESTRE CON CORTE A 30 DE ABRIL DE 2017.

Los 656 permisos corresponden a: ventas 19; Permiso por ocupación 4; Permisos para eventos 16; Pasacalles 46; Vallas 60; Gallardetes en posterío 500; Pendones grandes 3; Carro vallas 3; registro de constructores 5.

4. RIESGO: Solicitud y/u ofrecimiento de dadivas en operativos y visitas en el área respectiva

Causa:

Ofrecimiento de dinero y/o dadivas, personal no idóneo, falta de controles en los procedimientos internos, falta de seguimiento a las tareas asignadas, falta de control a las bases de datos, concentración de la información en una sola persona y perdida de información.

Control: Preventivo

Garantizar que los operativos y las visitas se realicen conforme a la ley

Acción:

Visitas y operativos para verificar cumplimiento de ley.



CONTROL INTERNO

Indicador:

$$\frac{\text{Visitas realizadas}}{\text{Visitas Programadas}} \times 100 = \cong 100\%$$

$$\frac{\text{Operativos realizados}}{\text{Operativos programados}} \times 100 = 100\%$$

ACCIONES EJECUTADAS EN EL CUATRIMESTRE CON CORTE A 30 DE ABRIL DE 2017.

La Dirección de Justicia: visitó 9 Inspecciones y Corregidurías y 3 Comisarías en el periodo; se revisaron 35 procesos en forma aleatoria
2. La Inspección Ambiental realizó 47 operativos y 19 operativos por parte de las Inspecciones.

3. Espacio Público : realizó visitas de control urbano: 149 realizadas de 149 solicitadas; Sellamientos de obra: 5; Operativos: 16; De acuerdo a la norma Ley 388 de 1997: 355 del año 2016, Fallados: 29; Procesos por el decreto 640: 496 del año 2016, Fallados: 21.

4.

Comando de Bomberos: realizó 20 visitas de convalidación para el cuatrimestre aleatoriamente en cumplimiento a la periodicidad establecida en el mapa. (5 por mes)

5.3 PROCESO: GESTION DE LA SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA

Objetivo: Implementar programas de paz y convivencia democrática, formular y administrar políticas de seguridad y protección ciudadana que fortalezcan la convivencia pacífica y el orden público.

RIESGO 1: solicitud y/u ofrecimiento de dadas para el favorecimiento en la toma de medidas en casos de violencia intrafamiliar, custodias, visitas y alimentos.

Causa:

Pérdida de credibilidad, ofrecimiento de dinero y/o dádivas, personal no idóneo, falta de control en la base de datos

Control: Preventivo

Garantizar el debido proceso y las decisiones imparciales

Acción:



CONTROL INTERNO

Verificar medidas tomadas en los casos de violencia intrafamiliar y sexual.

Indicador:

$$\frac{\text{expedientes revisados}}{\text{expedientes programados}} \times 100 = \frac{20}{20} \times 100 = 100\%$$

$$\frac{\text{medidas tomadas}}{\text{procesos iniciados}} \times 100 = \frac{835}{835} \times 100 = 100\%$$

En las comisarias de familia se revisaron 20 expedientes de acuerdo a la periodicidad (5 revisiones aleatorias mensuales).

2. Recibieron 835 procesos por violencia intrafamiliar; Medidas de Protección 662; Verificación de derechos: 833, Restablecimientos de derechos 534; Audiencias 673.

RIESGO 2: Solicitud y/u ofrecimiento de dádivas para expedir permisos

Causa:

Pérdida de credibilidad, ofrecimiento de dádivas, personal no idóneo, falta de control en la base de datos

Control: Preventivo

Garantizar que los permisos se otorguen bajo los lineamientos de ley.

Acción:

Verificación de las visitas con el cumplimiento de los requisitos de ley.

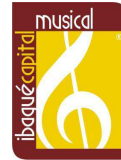
Indicador:

$$\frac{\text{visitas aleatorias realizadas}}{\text{visitas programadas}} \times 100 = \frac{20}{20} \times 100 = 100\%$$

Bomberos programó realizar 5 visitas aleatorias mensuales de comprobación de cumplimiento de requisitos para el certificado de sanidad a establecimientos comerciales durante el periodo de enero a abril.

7. CONCLUSIONES

Se encontró buena disposición y experiencia de los funcionarios responsables de realizar el monitoreo y seguimiento del Mapa de Riesgos de la secretaría de gobierno.



CONTROL INTERNO

En el primer cuatrimestre no se ajustó el Mapa de riesgos de los procesos de la Secretaría de acuerdo a los resultados del monitoreo.

El informe del monitoreo al Mapa fue presentado oportunamente a este despacho por parte de los responsables de los procesos con memorando 019824 de mayo 5 de 2017.

Presentaron en la autoevaluación un riesgo que no se encuentra publicado en página web, PERDIDA DE INFORMACION DOCUMENTAL FISICA Y DIGITAL, que se ajusta a un riesgo de corrupción desde el contexto analizado, pero no se presentó ante la Secretaría de Planeación para ser ajustado quien es la encargada de la publicación y consolidación del plan anticorrupción 2017, no obstante se realizó monitoreo evidenciando el cumplimiento de lo identificado en el mapa.

El control del Proceso **GESTIÓN DE CONTROL Y VIGILANCIA** No 1 y 2, no están creados.

Es reiterativo que Espacio Público presente avances muy bajos en la resolución de procesos; en este cuatrimestre 0, procesos fallados a corte de 30 de abril, debido a que no se cuenta con personal suficiente e idóneo para resolver y avanzar en la resolución de los procesos. Igualmente presenta bajo avance el Despacho con 49 procesos recibidos para resolver recursos de apelación, solo fallaron en el cuatrimestre 8.

8. RECOMENDACIONES

Se debe asignar funcionarios de planta en Espacio público para que lleven un estricto control en cada una de las etapas de los procesos y evitar que prescriban.

Teniendo en cuenta que los controles son medidas necesarias de protección que conducen a controlar el riesgo y la inexistencia de estos en un riesgo identificado la probabilidad de que se materialicen es muy alta, se recomienda la creación del control **No 1 y 2 del proceso Gestión de Control y Vigilancia**.

El Comando de Bomberos debería realizar visitas de oficio a establecimientos, con el fin de identificar aquellos comerciantes que no están cumpliendo con los requisitos para la certificación de sanidad.

Teniendo en cuenta la importancia de contar con herramientas que agilicen los procesos, y permitan la conservación y seguridad en la información que operan, se considera necesario que la comisaría 1ª sea dotada del servicio de internet.



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

Revisar el riesgo presentado en la autoevaluación PERDIDA DE INFORMACION DOCUMENTAL FISICA Y DIGITAL, y que aun no hace parte de los riesgos identificados en el mapa de riesgos institucional, para que la Secretaria de Planeación realice el ajuste quien es la encargada de la publicación y consolidación.

Los ajustes efectuados deberán reflejarse en una nueva versión del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y habrá de ser publicado en la página web de la Alcaldía de Ibagué, de conformidad con lo establecido en el Decreto 124 de 2016.

Cordialmente,

Mauricio Pulido Corral
Jefe Oficina Control Interno

ALCALDIA DE IBAGUE



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

CONTROL INTERNO



INFORME DE SEGUIMIENTO MONITOREO RIESGOS DE CORRUPCION SECRETARIA DE BIENESTAR SOCIAL

MAYO 2017

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION

4

56



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

| | |
|--|-----|
| 2. OBJETIVOS | 5 |
| Objetivo General | 5 |
| Objetivo Específico | 5 |
| 3. ALCANCE | 5 |
| 4. METODOLOGIA | |
| 5. EVALUACION – OBSERVACIONES | 5 |
| 5.1 Políticas de Administración del Riesgo | 5 |
| 5.2 Proceso: Gestión Social y Comunitaria | 6-7 |
| 7. CONCLUSIONES | |
| 8. RECOMENDACIONES | |

3. INTRODUCCIÓN

El Mapa de Riesgos de Corrupción es uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, en el cual se identifican y previenen

57



CONTROL INTERNO

los riesgos de corrupción presentes en la entidad, por medio de medidas administrativas de control, acordadas entre los responsables de las áreas o procesos e integradas a los procedimientos, de manera que permitan disminuir la probabilidad y/o impacto de ocurrencia real de un evento de este tipo, que pueda llegar a afectar la gestión misional.

La oficina de control interno de la Alcaldía de Ibagué, realizó el monitoreo a la Administración de Riesgos de la Secretaría de Bienestar Social en atención a ley 87 de 1993, Ley Antitrámites, Decreto No. 2641 del 17 de diciembre de 2012 "Por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011", y se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública, Decreto 2641 de 17 de diciembre de 2012, Art. 5., donde establece que el mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del Plan anticorrupción estará cargo de este despacho.

Los Mapas de Riesgos fueron formulados por cada una de las unidades administrativas de la Alcaldía de Ibagué.

Una vez recibida la autoevaluación realizada por la Secretaría de Bienestar Social con corte a 30 de abril, se realiza el monitoreo por parte de la oficina de Control Interno de las políticas, acciones preventivas, controles, causas, el riesgo y su evolución entre otras.

La Oficina de Control Interno al evaluar el Mapa Anticorrupción, proporciona herramientas a la Alta Dirección que facilitan la mejora y control de los agentes que interfieren en el cumplimiento de la misión y los objetivos de la Entidad.

4. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar las Políticas de Administración del Riesgo en el segundo cuatrimestre de 2017, establecidas por la entidad, de acuerdo con los lineamientos del artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, de conformidad con lo preceptuado en el Decreto 124 de



CONTROL INTERNO

2016 y la Guía “Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

4.2 Objetivos Específicos:

1.2.1 Asegurar el cumplimiento de normas, leyes y regulaciones.

1.2.2 Verificar la efectividad de los controles incorporados en el Mapa de riesgos de Corrupción.

1.2.3 Revisar cumplimiento de acciones en respuesta a los riesgos.

1.2.4 Sugerir correctivos y ajustes necesarios en la aplicación del procedimiento de administración del riesgo.

1.2.5 Propender por una cultura de autocontrol que conlleve a determinar el nivel del riesgo actual.

5. ALCANCE

Evaluación y seguimiento al Mapa de riesgos de corrupción, con corte 30 de Abril de 2017.

4. METODOLOGIA

Como herramienta para la recolección de datos y obtención de evidencias, se utilizaron técnicas de auditoría: inspección documental, revisión de archivos electrónicos, indagación.

5. EVALUACION – OBSERVACION

5.1 Políticas de Administración del Riesgo.

El compromiso de la entidad es combatir la corrupción en todas sus manifestaciones, mediante la adopción de un sistema de administración de los riesgos que conllevan a minimizar la materialización de estos, que de llegarse a materializar, los resultados desencadenarían altos costos y efectos negativos. Además, el compromiso a impulsar el autocontrol, a fomentar los valores institucionales y a motivar la participación de los servidores en la construcción de una cultura basada en la ética pública, así como a sancionar con medidas ejemplarizantes las conductas probadas de sus funcionarios que vayan en contra de la ley y los derechos de los ciudadanos.



CONTROL INTERNO

RIESGOS DE CORRUPCIÓN: La posibilidad de que por acción u omisión, mediante el uso indebido del poder, de los recursos o de la información se lesionen los intereses de una entidad y en consecuencia, del Estado, para la obtención de un beneficio particular °, se identifican en cada vigencia, se administran mediante el Mapa de Riesgos y se determinan acciones preventivas y correctivas para evitar su materialización.

El comité de Riesgos de la Dependencia se reunió y monitoreó el Mapa, según acta No 003 de 20 de abril, siendo socializado a los funcionarios. Al momento del cierre del informe no se había realizado cambios en el Mapa de Riesgos colgados en la página web.

5.2 PROCESO: GESTION SOCIAL Y COMUNITARIA

Objetivo: Brindar ayuda de una manera eficaz, eficiente y efectiva a la comunidad vulnerable y organizaciones sociales y comunitarias del Municipio de Ibagué, mediante la adopción e implementación de políticas y programas que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida.

5. RIESGO: Otorgar beneficios sin el lleno de requisitos

Causa: Falso testimonio para acceder a las ayudas, Falta de Control por parte de los entes encargados, no hay personal adecuado y permanente, Falta de personal idóneo, Amiguismo clientelismo.

Control: Revisión aleatoria de asignaciones de ayudas.

Acción: Comité técnico, revisión de soportes, documentos y gestión.

Indicador: Números de comités realizados = 100% de cumplimiento

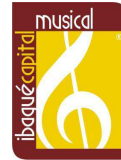
Comités planeados = 100% de cumplimiento

° Concepto Guía Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción-Secretaría de Transparencia – Presidencia de la República - 2013

SITUACION ENCONTRADA

Para la revisión de evidencias se realizó visita al Despacho de Bienestar Social, Apoyo Comunitario, UAO y Casa Social.

El resultado del indicador se da con base a las evidencias obtenidas en UAO, donde la verificación la realizan a través del aplicativo de la Unidad de Víctimas VIVANTO, el cual refleja todos los registros a nivel nacional. Casa Social realiza



CONTROL INTERNO

la verificación con el DNP y Apoyo Comunitario, la realiza con base a los documentos aportados para registros de las JAC.

Cada uno de estos programas realizó comité mensual, dando cumplimiento a la periodicidad establecida de el periodo 1 de enero a 30 de abril.

Las revisiones para otorgar beneficios a los ciudadanos se realizan cada que es solicitado, verificando la existencia de este en la base de datos con antelación para determinar si es procedente concederla

2. RIESGO: Cohecho durante la expedición de trámites, servicios o reconocimiento de un derecho

Causa: Contratación indebida, sin estudios previos adecuados, contratación sin necesidad identificada, Funcionario no capacitados de acuerdo a sus funciones, desconocimiento de los usuarios de los procedimientos.

Control: Aplicación del Código Único disciplinario

Acción: Implementar estrategias de apropiación de la Declaración de Principios, Valores y Directrices Éticas, Dar a conocer a los servidores públicos de la Entidad el Código Único Disciplinario y sus incidencias sobre las conductas disciplinables, Realizar el inventario de trámites y servicios.

Indicador:

Numero de estrategias implementadas Número de Capacitaciones

SITUACION ENCONTRADA

En los 8 comités técnicos realizados se evidenció que reiteradamente están socializando principios y valores, código de ética.

En marzo de 2017, participaron en la capacitación “Reglamentación derecho fundamental de petición”

7. CONCLUSIONES

Se encontró buena disposición y experiencia de los funcionarios encargados de atender la visita para verificar las evidencias al cumplimiento de las acciones propuestas en el Mapa de Riesgos Anticorrupción.

Según acta 03 de abril 20 de 2017, se realizó monitoreo y revisión por parte del comité de riesgos al Mapa de Corrupción.



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

El monitoreo realizado por la O.C.I al mapa de Riesgos de Corrupción a la Secretaria de Bienestar Social, no evidencio modificaciones o ajustes a los factores de riesgos, ni materialización de los mismos.

8. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que la política de gestión del riesgo está enfocada a darle un manejo adecuado a los riesgos, con el fin de lograr de la manera más eficiente el cumplimiento de la misión y objetivos de la entidad, a estar preparados para enfrentar cualquier contingencia que se pueda presentar, se deberían realizar monitoreos más constantes por parte del comité de riesgos de la secretaría, sin esperar que la circular emitida por la Oficina de Control interno solicite la autoevaluación para el monitoreo.

Las actividades mencionadas en la autoevaluación que dan cumplimiento a las acciones, y al indicador propuesto, deben de mencionarse independiente, esto es aclarando a que programa pertenecen, que refleje que la autoevaluación presentada fue el producto de un monitoreo riguroso.

Se debe revisar la acción del monitoreo con el comité “Realizar el inventario de trámites y Servicios”. Ya que al indagar no se obtuvo evidencias del mismo.

Los ajustes efectuados deberán reflejarse en una nueva versión del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano y habrá de ser publicado de conformidad con lo establecido en el Decreto 124 de 2016.

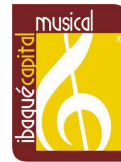
Cordialmente,

Mauricio Pulido Corral
Jefe Oficina Control Interno



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

CONTROL INTERNO



ALCALDIA DE IBAGUE



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

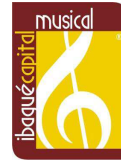


CONTROL INTERNO
INFORME DE SEGUIMIENTO MAPRIESGOS ANTICORRUPCION Y ATENCION
AL CIUDADANO Y RENDICION DE CUENTAS SECRETARIA DETRANSITO,
TRANSPORTE y DE LA MOVILIDAD

MAYO DE 2.017

TABLA DE CONTENIDO

| | Pag. |
|---------------------------|------|
| 1. INTRODUCCION | 3 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 2.1.Objetivo General | 4 |
| 2.2.Objetivos Específicos | 4 |



CONTROL INTERNO

| | |
|--------------------|------|
| 3. ALCANCE | 5 |
| 4. METODOLOGIA | 5 |
| 5. EVALUACION | 5-13 |
| 6. CONCLUSIONES | 13 |
| 7. RECOMENDACIONES | 14 |

INTRODUCCIÓN

La Ley 87 de 1993, la cual establece el ejercicio del Control Interno de Obligatorio cumplimiento en toda la estructura administrativa; Ley 1474 de 2011 “Por medio de la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública” y su Decreto 2641 de 2012 por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474, en la Ley de Transparencia y acceso a la información y en el Decreto 124 del 26 de enero de 2016 de la función pública. Los cuales promueven la eliminación de toda práctica corrupta.

La Ley 1474 de 2011, en su artículo 73 señala “cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y atención al ciudadano” y el decreto reglamentario 2641 de 2012 establece la metodología para diseñarlo y hacer seguimiento a la estrategia..

El plan anticorrupción y de atención al ciudadano, fue realizado de manera participativa liderado por el señor Alcalde **GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTINEZ**, y la Secretaria de Planeación con el apoyo de los Secretarios, Directores y Servidores Públicos de todas las Unidades Administrativas, fué adoptado por la Administración Central Municipal en cumplimiento del Decreto 2641 de 2012. El Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 2641 de 2012, es la normatividad bajo la cual, los líderes de cada proceso



CONTROL INTERNO

de la Alcaldía de Ibagué; comprometidos con la construcción de una administración transparente, formularon el Plan anticorrupción que contempla las estrategias de riesgos.

El mapa de riesgos y las actividades llevadas a cabo de acuerdo a las metas propuestas será publicado en la página web de la Institución se realizará monitoreo generando un informe de autoevaluación, el cual deberá ser socializado a todos los servidores de la Secretaría; si es sujeto a modificación o ajustes se envían a Planeación Municipal y se remite a Control Interno.

El Decreto 2641 de 2012, establece que el mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones resultado del Plan anticorrupción y de atención al ciudadano, será responsabilidad de la Oficina de Control Interno.

De acuerdo a lo normado, la oficina de control interno realizó seguimiento al cumplimiento de las acciones propuestas como medidas para controlar y evitar la materialización de los riesgos de Corrupción y Atención al Ciudadano que conforman los mapas formulados por la Secretaría de Tránsito, Transporte y de la Movilidad con corte a 30 de Abril de 2017.

El Artículo 48 de la Ley 1757 de 2015 “Por el cual se dictan disposiciones en materia de promoción y protección del derecho a la participación democrática” La rendición de cuentas es “un proceso mediante el cual las entidades de la administración pública del nivel nacional y territorial y los Servidores públicos informan, explican y dan a conocer los resultados de su gestión a los ciudadanos, a la sociedad civil, otras entidades públicas y a los organismos de control”. Las audiencias públicas, la rendición de cuentas generan espacios de diálogo, participación y compromiso en doble vía entre el Estado y los ciudadanos.

2.OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la efectividad en el manejo de los riesgos y de las políticas de administración del riesgo propuestas en la implementación de las actividades de rendición de cuentas contempladas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano de la vigencia 2017 en la Alcaldía de Ibagué.

Objetivos Específicos:

1.2.1 Verificar la aplicación y efectividad de los controles y acciones definidas en el mapa de riesgos.

1.2.2 Evaluar la adecuada administración del riesgo.



CONTROL INTERNO

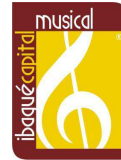
- 1.2.3. Propender por el mejoramiento continuo, mediante la retroalimentación
- 1.2.4 Sugerir correctivos y ajustes necesarios en la aplicación del procedimiento de administración del riesgo.
- 1.2.5. Propender por una cultura de autocontrol que conlleve a determinar el nivel de riesgo actual, una vez cumplidas las acciones correctivas
- 1.2.6. Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones orientadas a prevenir o evitar los riesgos de corrupción en cada unidad administrativa
- 1.2.7 Efectuar seguimiento al cumplimiento de las medidas anti trámite propuestas En las diferentes areas.
- 1.2.8 Verificar el cumplimiento de las acciones propuestas sobre el componente de rendición de cuentas.
- 1.2.9 Realizar seguimiento a la implementación de las actividades propuestas para dar cumplimiento al componente de atención al ciudadano
- 1.2.10. Cotejar el cumplimiento del parámetro básico a desarrollar por la dependencia encargada de gestionar las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias formuladas a la entidad, en observancia a lo normado en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

3. ALCANCE

Se verificará y evaluará el cumplimiento de la política y procedimientos de administración del riesgo, la implementación de acciones preventivas o correctivas suscritas, en el plan anticorrupción y atención al ciudadano, generando un informe que contenga las observaciones y recomendaciones, el cual será presentado al comité de coordinación de control interno. con corte al 30 de Abril de 2.017.

4. METODOLOGIA

Mediante la aplicación de técnicas de análisis, comprobaciones, verificaciones y observaciones, se efectuó revisión del plan anticorrupción y mapa de riesgos de corrupción y atención al ciudadano de la Secretaría de Tránsito, Transporte y de la Movilidad del Municipio, por parte Luz Melba Hernández Lozano, Profesional de la Oficina de Control Interno, quien verificó la documentación y la base de datos que evidencian el cumplimiento de las acciones propuestas.



5.EVALUACION RIESGOS ANTICORRUPCION:

La Oficina de Control Interno con Circular No. 1002. 2017-00010 de 17 de Abril, solicitó a las Secretarías y Oficinas remitir el informe con corte al 30 de Abril del presente año, el avance de cumplimiento de las acciones preventivas y correctivas plasmadas en el mapa de riesgos de corrupción y atención al ciudadano y rendición de cuentas de la Secretaría de Tránsito, Transporte y de la Movilidad.

Se procede a verificar el avance en el cumplimiento de las acciones propuestas en el mapa de riesgos de corrupción y atención al ciudadano, planteado por los servidores públicos de la Secretaría de Tránsito, Transporte y la Movilidad, solicitando la documentación y evidencias respectivas del período comprendido entre el 01-01-2017 al 30-04-2017, encontrando lo siguiente:

En la apertura de la visita realizada por Luz Melba Hernández Lozano, Profesional Universitario de la Oficina de Control Interno, se verificó que la Secretaría de Tránsito, Transporte y de la Movilidad con memorando No. 021049 de Mayo 11 de 2017, remitió a la Oficina de Control Interno los avances al plan anticorrupción y atención al ciudadano, con corte a 30 de abril de 2017.

La Secretaría de Tránsito, Transporte y de la Movilidad, identificó los siguientes riesgos de corrupción:

PROCESO DE GESTIÓN DE TRÁNSITO Y TRANSPORTE “Regular, organizar y controlar el ejercicio del tránsito, transporte y la movilidad del municipio, y administrar el registro automotor y de conductores con criterios de eficiencia y eficacia como mecanismo para mejorar la calidad de vida de los habitantes”.

Por lo tanto se procede a verificar lo estipulado en el formato de monitoreo anexo, estableciéndose lo siguiente.

Riesgo 1: Solicitud u ofrecimiento de dadivas para el favorecimiento de un particular con la realización de trámites y/o decisiones administrativas.

1. **Situación Encontrada:** El avance porcentual de la acción del control del riesgo no fue medida, por lo tanto se procedió a realizar la medición de las actividades realizadas en el desarrollo de la visita.

a) Se hace necesario que el RUNT dé la información de los trámites realizados en el organismo de tránsito, debido que todos son aprobados por



CONTROL INTERNO

el portal HQ-RUNT, obtener dicha información genera costos, por lo tanto no es posible que el RUNT lo suministre, por lo que se hace necesario concretar mecanismos frente al RUNT para obtener la información requerida. Sin embargo, es posible tener la información de los trámites liquidados en el aplicativo de Infotíc, se revisan de manera manual si el trámite está finalizado a satisfacción.

b) Con la Circular 000010 de 8 de Marzo de 2017 se invitó a capacitación a todos los servidores públicos de planta y de contrato sobre temas relacionados con el código de ética, valores institucionales, código disciplinario entre otros, la cual se realizó el 11 de Marzo de 2017.

c) Con Circular Informativa del 21 de Marzo de 2017, se comunicó a todo el personal de ventanilla: "no se recibe, liquida o aprueba trámites con medidas cautelares (embargos, hurtos, u otra limitación) sin excepción alguna.

d) Con contrato suscrito con Infotíc en la presente vigencia se diseñó aplicativo "Mi Tránsito" para que los usuarios agenden su cita trámites RNA y RNC desde internet (PC o celular).

e) Con circular No. 00009 del 07 de Marzo de 2017 se le informa a toda la comunidad que a partir de esta fecha se realizará entrega de las licencias pendientes por reclamar de los años 2010, 2012, 2014, 2015 y 2016.

f) Se realizó reunión con todo el personal en el despacho del señor Secretario para dar directrices claras en temas relacionadas con la corrupción como también sus implicaciones penales, los días 20 de Enero y 04 de Marzo del año en curso.

g) El control de revisión eventual de trámites liquidados y aprobados no se llevó a cabo por ausencia de la información.

Se llevó a cabo reuniones y capacitaciones donde se han tratado los temas de políticas anticorrupción, código de ética, valores institucionales y código disciplinario. Se evidencian los avisos informativos donde hay restricción de personal particular al interior del área de sistemas, trámites, jurídicos, embargo, archivo, despacho y en las direcciones. Se recomienda que al personal que se asigna para mitigar riesgos se le den las herramientas y accesos (usuarios, llaves digitales, etc.).

Es necesario que el RUNT reporte la información detallada de los trámites realizados, a la fecha el RUNT cobra por la información, lo cual ha dificultado la



CONTROL INTERNO

medición de los indicadores de resultados. En aras de mitigar el riesgo la STTM con oficio sin número del 05-2017 solicita al RUNT se genere la información de Trámites RNC y RNA. Es posible tener la información de los trámites liquidados en el aplicativo de Smartcom de Infotíc. Avance **83.3%**

Riesgo 2: Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración.

1. **Situación Encontrada:** El avance porcentual de la acción del control del riesgo no fue medida, por lo tanto se procedió a realizar la medición de las actividades realizadas en el desarrollo de la diligencia.
 - a) Actualmente opera la plataforma HQRUNT (Ministerio de Transporte), este permite que el usuario se convalide mediante un biométrico (toma de huella) y con llave digital (Token) se realiza el procesamiento de datos.
 - b) Para el caso del aplicativo de Smartcom ya permite realizar cambio de usuarios y contraseñas.
 - c) Se envió a la oficina de informática un Informe de seguridad perimetral que consiste en la aplicación de restricciones en la entrada y salida de la red de la secretaría. (Dicho requerimiento aún no ha tenido respuesta) No fue evidenciado el informe ni el Numero de radicado donde se aduce se remitió por parte de Tránsito.
 - d) A la empresa INFOTIC que presta el servicio del aplicativo se puso en conocimiento las diversas inconsistencias en la prestación del servicio, relación de oficios.no.024078 26/04/17, 024080 26/04/17, 31941 21/04/17, 31939 21/04/2017, 021819 20/04/17, 020179 07/04/17, 018982 04/04/17, 018981 04/04/17, 018602 03/04/17, 018413 03/04, 015626 23/03/17, 013212 11/03/17, 009953/25/02/17, 006188 07/02/17, 005753/03/02/17, 003905 25/01/17, 00283691 20/01/17, 028380 20/05/17, 0028386 10/05/17 a las cuales si se resuelve no queda evidencia de respuesta, ni registro en Pisame.
 - e) El sistema de Infotíc registra los trámites liquidados día a día, mensualmente, con relación a los comparendos registrados se clasifican por tipo de comparendo, para el caso del área financiera la funcionaria encargada del proceso, manifiesta la necesidad de ajustar los informes de retención en la fuente en cada uno de los trámites de traspaso.



CONTROL INTERNO

Se debe socializar el cambio de contraseña a los usuarios del sistema mínimo una vez al mes bajo la responsabilidad del Asesor de Sistemas de Tránsito.

No se evidenció en físico y en Pisami el No. de oficio dirigido a oficina de informática.

Se recomienda un mecanismo de comunicación para mejorar las inconsistencias en el aplicativo. Es necesario tener copias de seguridad de la información que se maneje en la Secretaría para evitar el traumatismo en la prestación del servicio.

Se hace necesario ajustar algunos informes de retención en la fuente específicamente en los trámites de traspaso.

Avance 87%.

Riesgo 3: Manipulación del tiempo de respuesta en los trámites y/o solicitudes.

1. **Situación Encontrada:** El avance porcentual de la acción del control del riesgo no fue medida, por lo tanto se procedió a realizar la medición de las actividades realizadas en el desarrollo de la diligencia.
 - a) Los trámites de vehículos RNA como los trámites de licencia RNC se aprueban en ventanilla de manera inmediata ya que la carpeta ya ha sido digitalizada con anterioridad (solicitada con anterioridad con (google drive).
 - b) Con circular de Marzo 27 de 2017, se realizó capacitación a personal de planta y de contrato el día jueves 30 de Marzo de 2017, en temas relacionados con derechos de petición orientado por la oficina Jurídica del Municipio.
 - c) Se ha dispuesto de una persona para que realice un primer plan de contingencia en la aprobación de aquellos trámites que por alguna razón relacionadas con el RUNT o documentos vencidos, no han sido aprobados de años anteriores.
 - d) En los meses de Enero, Febrero, Marzo y Abril de 2017 se tiene registrado en **Pisami** un total de 4.725 solicitudes a la fecha se refleja **853** (18%) solicitudes sin respuesta.



CONTROL INTERNO

| | |
|------------------------------|---------------------------|
| Enero: 1.098 Radicados | 315 No Contestados |
| Febrero: 1.203 Radicados | 218 No Contestados |
| Marzo: 1.436 Radicados | 320 No Contestados |
| Abril: 988 Radicados | Sin Información |
| Total Radicados 4.725 | 853 No Contestados |

Una vez capacitado el personal para los tiempos de respuesta se espera que al interior de la Secretaria se informe de manera oportuna de los documentos informativos, como circulares, memorandos que provengan de otras Unidades administrativas y sean entregados para las respuestas en tiempos. Con respecto a la aprobación de trámites se están estableciendo los controles y registros, no obstante se debe dejar las evidencias para fines estadísticos y así lograr evaluar los avances de la Entidad. Avance 94%.

Riesgo 4: Pérdida de documentos en el archivo e historial vehicular.

1. **Situación Encontrada:** El avance porcentual de la acción del control del riesgo no fue medida, por lo tanto se procedió a realizar la medición de las actividades realizadas.
 - a) Se continúa con la digitalización por demanda de las carpetas donde reposan los historiales vehiculares (adición 3 mayo de 2017), lo que permite que al momento de aprobar un trámite RNA no se manipulen las carpetas vehiculares y sea aprobado en ventanilla con base a la información digitalizada.
 - b) Construcción de una reja metálica en el área de archivo con su respectiva puerta metálica lo que hace más seguro el ingreso de personas no autorizadas como también la salida de expedientes vehiculares.
 - c) Los usuarios internos de la secretaria realizan solicitudes de carpetas por Google Drive, lo que permite la trazabilidad del préstamo, la consulta y el ingreso a las bodegas del archivo.

Se debe especificar el número de contrato-adición sobre el proceso de digitalización de carpetas. Se llevan a cabo controles de las carpetas para controlar la ubicación y retorno de las carpetas vehiculares. Actualmente se proyecta el Acto Administrativo para hacer un control efectivo en el préstamo del



CONTROL INTERNO

historial vehicular en los tiempos de retorno a un tiempo no mayor a tres días. Avance 90%.

6.

CONCLUSIONES

Se ha observado un avance en los requerimientos del Pisami sin embargo la unidad de respuesta de la Dirección Administrativa y de Contravenciones (Abogados y Limitaciones) refleja la **No** respuesta a derechos de petición de 4.725 ingresadas de Enero a Abril de 2017 se refleja **853** sin respuesta (Fuente: Pisami).

No se presentó avance de **Racionalización de Trámites** para este periodo evaluado no obstante estando radicados en planeación municipal,

El Profesional de planta integrante del Comité de Riesgos manifiesta que no se le fue entregada ni informado de la circular remitida por control Interno No. **00010 de abril 17 de 2017** donde se solicita que a más tardar el **4 de Mayo de 2017**, debe ser enviada la información requerida relacionada a: **Mapa de Riesgos de Corrupción, Racionalización de Trámites, Rendición de Cuentas, Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano, Lineamientos generales para la Atención de Peticiones Quejas, Reclamos, Sugerencias y denuncias Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la información e iniciativas Adicionales los cuales son componentes del Plan de anticorrupción.**

La administración del riesgo, consiste en identificar, analizar y manejar de manera permanente el riesgo, garantizando el cumplimiento de los objetivos institucionales, la supervivencia de la entidad, fortaleciendo de manera continua la credibilidad en el ciudadano.

Es conveniente que el Comité de Riesgos de la Secretaría de Tránsito, se reúna de manera periódica, con el fin de realizar autoevaluación y seguimiento de los riesgos de corrupción y atención del ciudadano y demás componentes, con los resultados de la evaluación se tomen medidas correctivas para reducir o eliminar los riesgos identificados, situación que debe quedar consignado en las actas respectivas y con la participación de los integrantes del Comité, socializado ante todos los servidores de la Secretaría.

La auditora de control interno manifiesta que está dispuesta a atender cualquier requerimiento que considere necesario en pro del mejoramiento continuo e invita de manera respetuosa a que se esté pendiente a las fechas de cumplimiento de los cortes de cada uno de los avances a los mapas de riesgos suscritos ante planeación municipal, las cuales son: **30 de Abril, 31 de Agosto y 31 de diciembre de cada año.** como lo establece el Decreto 2641 de 2012 y la Guía expedida por la Secretaría de la Transparencia Version 2.



CONTROL INTERNO

La Secretaría de tránsito, ha venido de manera reiterada entregando los avances por fuera de las fechas establecidas y sin diligenciar de manera completa, en el desarrollo de la diligencia de verificación y seguimiento se terminan de elaborar los avances y la medición, siendo muy limitado el tiempo para la verificación denotando la no planeación e improvisación, no obstante se destaca que la secretaría ha logrado avances en el mejoramiento de la prestación de servicios a la Comunidad.

7. RECOMENDACIONES

El monitoreo y seguimiento a los mapas de riesgos de corrupción y atención al ciudadano, son de gran importancia para garantizar que las acciones propuestas se estén llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su implementación, se debe adelantar revisiones para detectar factores o situaciones que incidan en la aplicación de las acciones preventivas.

Se deben establecer mecanismos de comunicación efectiva en la Secretaría para que se informe de manera oportuna de los actos administrativos relacionados con solicitudes de informes para Control Interno y se direccionen a los encargados de su diligenciamiento.

Al elaborar el mapa de riesgos, debe existir coherencia en las acciones propuestas, con la unidad de medida y los indicadores, quedando bien planteadas, permiten medir las acciones ejecutadas facilitando la interpretación en informes y evaluación por parte de los Entes de control.

Se recomienda que todos los integrantes del Comité realicen reuniones periódicas donde se le haga seguimiento y revisión a los mapas de corrupción, atención al ciudadano evidenciado en actas, además estar pendientes de las fechas establecidas para los cortes de los informes de avance de cumplimiento de los Mapas de Riesgos, la **Guía Gestión Riesgos de Corrupción Versión 2**, expedida por la secretaría de la Transparencia, las fechas de seguimiento a los mapas de riesgos de corrupción son **:30 de abril, 31 de agosto y 31 de diciembre de cada año**. Se recuerda que la responsabilidad es de todos los Servidores de la Secretaría de Tránsito, Transporte y de la movilidad.

Se debe tener dispuesta y organizada la información de las actuaciones llevadas a cabo para la mitigación de los riesgos, es conveniente que al momento del seguimiento se tenga listas y unificadas las evidencias y soportes con fechas, Numero de los documentos lo que permitirá consolidar la información y evidenciar de manera veraz, ágil y oportuna, aún se se continua presentando situaciones como la de no tener **unificadas y clasificadas** las evidencias en el momento de



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

ser requeridas.(evidencia de memorandos dirigidos a Informática de la Alcaldía, etc.).

Se hace necesario coordinar con la Secretaría de Planeación el ajuste a los indicadores, unidades de medida, controles de las acciones planteadas para mitigar el Riesgo, algunos controles de los establecidos es conveniente replantearlos.

Todos los actos administrativos expedidos por la secretaría dando solución y respuesta a requerimientos, Derechos de Peticón, PQRS se deben registrar en PISAMI, para cuando se cruce la información del sistema con evidencias quede claro que seha resuelto.

Se debe consultar el mapa de riesgos de corrupción de la vigencia 2.017 publicado en la web de la Alcaldía, debido a que la responsabilidad de las acciones propuestas para prevenir la materialización de los riesgos identificados se encuentran a cargo de todas las Unidades y en todos los servidores.

Es importante continuar con las capacitaciones al personal sobre el código disciplinario, código de ética y valores institucionales.

Cordial saludo,

MAURICIO PULIDO CORRAL
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo (13) folios
Transcriptor: Luz Melba



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

CONTROL INTERNO

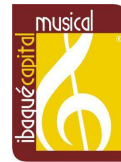


ALCALDIA DE IBAGUE

INFORME DE SEGUIMIENTO MAPA ANTICORRUPCION Y ATENCION AL
CIUDADANO SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

MAYO DE 2.017

TABLA DE CONTENIDO

| | Pag. |
|---------------------------|-------|
| 1. INTRODUCCION | 3 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 2.1.Objetivo General | 4 |
| 2.2.Objetivos Específicos | 4 |
| 3. ALCANCE | 5 |
| 4. METODOLOGIA | 5 |
| 5. EVALUACION | 5-24 |
| 6. CONCLUSIONES 24-26 | |
| 7. RECOMENDACIONES | 26-27 |



INTRODUCCIÓN

La Ley 87 de 1993, la cual establece el ejercicio del Control Interno de Obligatorio cumplimiento en toda la estructura administrativa; La Ley 1474 de 2011 “Por medio de la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública” y su Decreto 2641 de 2012 por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474.

La Ley 1474 de 2011, en su artículo 73 señala “cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y atención al ciudadano”, el decreto reglamentario 2641 de 2012 establece la metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y atención al ciudadano.

El plan anticorrupción y de atención al ciudadano, fue adoptado por la Administración Central Municipal, en cumplimiento del Decreto 2641 de 2012. El Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011 y el Decreto 2641 de 2012, es la normatividad bajo la cual, los líderes de cada proceso de la Alcaldía de Ibagué; comprometidos con la construcción de una administración transparente, formularon el Plan anticorrupción que contempla las estrategias de riesgos.

El Decreto 1.1 0762 de 04/12/2018 en su artículo 5, indica que la competencia para liderar el proceso de identificación de los riesgos y conformación del Mapa de Riesgos por Proceso, será responsabilidad del Secretario y Directores de cada Unidad administrativa, quienes conformaran y mantendrán el Comité de Riesgos, se realizará el monitoreo trimestralmente generando un informe de autoevaluación, el cual deberá ser socializado a todos los servidores de la Secretaría; si es sujeto a modificación o ajustes se envían a Planeación Municipal y se remite a Control Interno. El artículo 6°. cita que la evaluación y seguimiento del Mapa de Riesgos será responsabilidad de la Oficina de Control Interno.

De acuerdo a lo normado, la oficina de control interno realizó seguimiento al cumplimiento de las acciones propuestas como medidas para controlar y evitar la materialización de los riesgos de Corrupción y Atención al Ciudadano que conforman los mapas formulados por la Secretaría de Salud con corte a 30 de Abril de 2.017

2. OBJETIVOS



CONTROL INTERNO

Objetivo General:

Determinar la efectividad en el manejo de los riesgos y de las políticas de administración del riesgo y realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones propuestas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano de la vigencia 2015 en la Alcaldía de Ibagué.

Objetivos Específicos:

- 1.2.1 Verificar la aplicación y efectividad de los controles y acciones definidas en el mapa de riesgos.
- 1.2.2 Evaluar la adecuada administración del riesgo.
- 1.2.3. Propender por el mejoramiento continuo, mediante la retroalimentación
- 1.2.5 Sugerir correctivos y ajustes necesarios en la aplicación del procedimiento de administración del riesgo.
- 1.2.7. Propender por una cultura de autocontrol que conlleve a determinar el nivel de riesgo actual, una vez cumplidas las acciones correctivas
- 1.2.8. Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones orientadas a prevenir o evitar los riesgos de corrupción en cada unidad administrativa
- 1.2.7 Efectuar seguimiento al cumplimiento de las medidas antitrámite propuestas En las diferentes areas.
- 1.2.8 Verificar el cumplimiento de las acciones propuestas sobre el componente de rendición de cuentas, los mecanismos para la transparencia y acceso a la información e iniciativas adicionales.
- 1.2.9 Realizar seguimiento a la implementación de las actividades propuestas para dar cumplimiento al componente de atención al ciudadano
- 1.2.10. Cotejar el cumplimiento del parámetro básico a desarrollar por la dependencia encargada de gestionar las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias formuladas a la entidad, en observancia a lo normado en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011.

CONTROL INTERNO

5. ALCANCE

Se evaluará el cumplimiento de la política y procedimientos de administración del riesgo, así como la implementación de las acciones preventivas y/o correctivas suscritas en el mapa de riesgos por procesos, generando un informe que contenga las observaciones y recomendaciones, el cual será presentado al comité de coordinación de control interno, verificando el cumplimiento de las acciones propuestas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano con corte al 30 de Abril de 2.017.

6. METODOLOGIA

Mediante la aplicación de técnicas de análisis, comprobaciones, verificaciones y observaciones, se efectuó revisión al mapa de riesgos de corrupción, racionalización de trámites, mecanismos para mejorar la atención al ciudadano y la transparencia, PQR, acceso a la información e iniciativas adicionales de la Secretaría de Salud del Municipio, se procedió a revisar la documentación y soportes que evidencian el cumplimiento de las acciones propuestas.

5. EVALUACION RIESGOS ANTICORRUPCION:

La Oficina de Control Interno mediante Circular No. 1002. 2017-00010 del 17 de Abril de 2017, solicitó a las Secretarías de despacho y a las oficinas de Jurídica y Comité de Riesgos, remitir el informe a más tardar el 4 de Mayo de 2017, con corte al 30 de Abril de 2017, sobre la autoevaluación y cumplimiento de las acciones preventivas y correctivas plasmadas en el mapa de riesgos de corrupción y atención al ciudadano y componentes del Plan Anticorrupción.

Se procede a verificar el avance en el cumplimiento de las acciones propuestas en el mapa de riesgos de corrupción y atención al ciudadano, planteado por los servidores públicos de la Secretaría de salud, solicitando la documentación y evidencias respectivas del período comprendido entre el 01-01-2017 al 30-04-2017, encontrando lo siguiente:

A la fecha de la visita realizada por Luz Melba Hernández Lozano, Auditor de la Oficina de Control Interno, se verificó que la Secretaría de salud con memorandos 1060-2017-019726 de Mayo 4 de 2017 y 019846 de 05/05 de 2.017 de **Gepad**, remitió a la Oficina de Control Interno los avances a los planes anticorrupción y atención al ciudadano, con corte a 30 de abril de 2017.

La Secretaría de Salud, identificó los siguientes riesgos de corrupción en los procesos de:



CONTROL INTERNO

5.1.PROCESO: GESTION EN SALUD: Realizar inspección, vigilancia y control al aseguramiento, a la prestación de los servicios de salud y a los factores que generen riesgo en la salud pública, con oportunidad, eficacia y eficiencia para mejorar las condiciones en salud de la comunidad Ibaguereña, de conformidad con la normatividad vigente.

Por lo tanto se procede a verificar el avance de las acciones registradas, aclarando que por parte de la secretaria no se diligencio la columna de los avances porcentuales y se hizo necesario llevarlas a cabo en el desarrollo de la diligencia.

1. Riesgo 1: Ofrecimiento de dadivas al servidor público para el favorecimiento en la toma de decisiones hacia un vigilado.

Acciones. 1. Fijar avisos en la dependencia indicando que todos los trámites son gratuitos. 2. Realizar una socialización a los veedores en salud acerca de los procedimientos adelantados en la Secretaria de Salud, haciendo énfasis en la gratuidad de los mismos. 3. En las actas de visita, certificaciones y demás documentos que expida la entidad debe quedar impreso la gratuidad de los mismos.

Situación encontrada: 1). Se verificó que en la secretaria están fijados los avisos. 2) Se llevo a cabo socialización a los veedores el día 28 de Abril en el auditorio de la Secretaria de Salud evidenciando el registro de asistencia. 3) No se evidenciaron en actas de visita ni en ningún documento el impreso sobre gratuidad. Avance **67%**

2. Riesgo 2: Violación del principio de legalidad en la administración de lo público en beneficio de un vigilado.

Acciones: 1.Socialización del código de ética de la Administración Municipal a los funcionarios de la Secretaria de Salud. 2. Fijar avisos en la dependencia indicando que todos los trámites son gratuitos. 3. Realizar una socialización a los veedores en salud acerca de los procedimientos adelantados en la Secretaria de Salud, haciendo énfasis en la gratuidad de los mismos. 4. En las actas de visita, certificaciones y demás documentos que expida la entidad debe quedar impreso la gratuidad de los mismos. 5. Realizar llamadas telefónicas aleatorias a los establecimientos visitados para indagar sobre posibles cobros indebidos.

Situación encontrada: Para las acciones 2 y 3 En los riesgos plantearon acciones y las evidencias expuestas son las mismas del primer punto a excepción del código de ética que con memorando No.2552 de enero 20 de 2017 en las instalaciones de la Floresta con todos los funcionarios tanto por OPS como de planta se realizo la



CONTROL INTERNO

socialización del código de Ética, se evidencio con diapositivas, registro fotográfico y carteleras. Para los puntos 4 y 5 no se mostro evidencia. Avace **60%**.

3. Riesgo 3: Cobros indebidos para la realización de un trámite en beneficio de un particular.

Acciones: 1. Socialización del código de ética de la Administración Municipal a los funcionarios de la Secretaria de Salud. 2. Fijar avisos en la dependencia indicando que todos los trámites son gratuitos. 3. Realizar una socialización a los veedores en salud acerca de los procedimientos adelantados en la Secretaria, haciendo énfasis en la gratuidad de los mismos. 4. En las actas de visita, certificaciones y demás documentos que expida la entidad debe quedar impreso la gratuidad de los mismos. 5. Realizar llamadas telefónicas aleatorias a los establecimientos visitados para indagar sobre posibles cobros indebidos.

Situación encontrada: Se constató que las acciones propuestas son las mismas por considerarsen inherentes a los riesgos 1 y 2. Avance **60%**

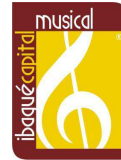
Presentación avance estrategia de **racionalización de trámites** corte 30 de Abril de 2017.

1. Estrategia 1: Tramite en el cumplimiento de la normatividad Sanitaria a manipuladores de alimentos.

Situación encontrada : el programa de salud ambiental ha registrado aproximadamente 831 solicitudes para conceptos sanitarios y otros tipos de requerimientos (94%) y ha recibido un aproximado de 47 solicitudes entre quejas y derechos de petición, de los cuales se les ha dado respuesta a más del 78%.

2. Estrategia 2: Seguimiento a atención de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis.

Situación encontrada: Conforme a boletín epidemiológico 3 de 2017 (01 de enero a 25 de marzo), se notificaron al Sivigila 159 casos de dengue, comparados con el periodo de 2016 donde se notificaron 1.220 casos; se evidencia una reducción de la epidemia en un 86.97%, realizando actividades con el grupo de vectores en promoción, prevención y control del vector, sensibilización a la comunidad en buenos hábitos higiénicos, inspecciones domiciliarias casa a casa recolección de inservibles, capacitación a Instituciones educativas, líderes y comunidad en general entre otras, igualmente la Secretaría de salud municipal con el fin de dar



CONTROL INTERNO

cumplimiento a la meta proyectó la contratación de 19 personas de las cuales se contrataron 16. Avance 100%

3. Estrategia 3: Procesos Sancionatorios

Situación encontrada: Se viene realizando las acciones que por competencia le corresponden según lo indicado en la Ley 715 de 2001, respecto de “Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población”, realizando las visitas de IVC para verificar el cumplimiento de las normas sanitarias, los técnicos en saneamiento entregan las instrucciones necesarias para orientar al propietario del establecimiento en el cumplimiento de la norma y los que no cumplan con las exigencias requeridas luego de tomar la medida sanitaria se da inicio al proceso administrativo de carácter sanitario con todas las garantías legales. Se evidenció en forma significativa la estrategia de elaborar los conceptos sanitarios y la verificación del cumplimiento de los requisitos de Ley lo que ayudó a evitar aperturar 831 procesos sancionatorios, exortando que continúen con esta labor. Avance 100%.

5.2 PROCESO: GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO PREVENCIÓN Y ATENCIÓN

A DESASTRES: Diseñar y ejecutar acciones constantes de conocimiento, reducción del riesgo y manejo oportuno del desastre por la eventual ocurrencia de fenómenos naturales o antrópicos, propendiendo por una ciudadanía más resiliente.

Situación encontrada: Durante el período de la vigencia se radicaron 36 solicitudes, las cuales fueron viabilizadas con concepto operativo, en un total de 33 aprobados por el COE. A todas las solicitudes radicadas ante Gpad se le dio el trámite de cumplimiento en su totalidad. Se tomó muestreo de las siguientes AgrosHOW pajonales 13-01-2017 viabilizado con concepto operativo No.1063-003-217-0006050. Concierto Ana Gabriel 23-02-2017 viabilizado con concepto operativo No.1063-017—2017-0012495. Certamen XXXI Festival Nacional de la Música Colombiana 2-03-2017 viabilizado concepto operativo No.1063-017-2017-0012495. expedición Bodytech 2016-3-03-2017 con concepto operativo No.1063-028-2017-021139. Partido Deportes Tolima-Deportes Quindío 14-03-2017 concepto operativo No.1063-020-2017-014087. **Avance 100%.**

6.

INFORME ATENCIÓN AL CIUDADANO

SÍNTESIS DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PQR DESDE ENERO HASTA ABRIL DE 2017 EN LOS PUNTOS POR EL DERECHO A LA SALUD IBAGUÉ.

Enero

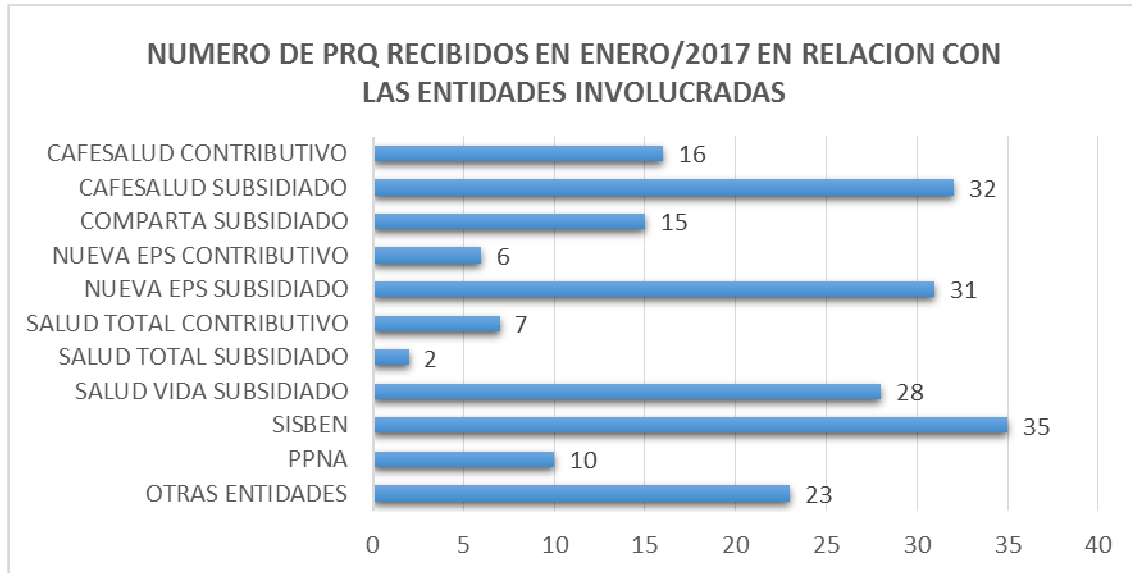


CONTROL INTERNO

| ENTIDAD | REGIMEN CONTRIBUTIVO | REGIMEN SUBSIDIADO | REGIMEN EXCEPCION | POBLACION SIN ASEGURAR | TOTAL |
|---------------|----------------------|--------------------|-------------------|------------------------|------------|
| ASMET SALUD | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| CAFESALUD | 16 | 32 | 0 | 0 | 48 |
| CAJACOPI | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| CAPITAL SALUD | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| COMFACUNDI | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| COMPARTA | 0 | 15 | 0 | 0 | 15 |
| COMPENSAR | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| COOMEVA | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| ECOOPSOS | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| EMCOSALUD | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| EMSANAR | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| FAMISANAR | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| FERROCARRILES | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| FIDUPREVISORA | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| NUEVA EPS | 6 | 31 | 0 | 0 | 37 |
| PIJAO SALUD | 0 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| SALUD TOTAL | 7 | 2 | 0 | 0 | 9 |
| SALUD VIDA | 0 | 28 | 0 | 0 | 28 |
| SANITAS | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| PPNA | 0 | 0 | 0 | 10 | 10 |
| SISBEN | 0 | 0 | 0 | 35 | 36 |
| TOTAL | 34 | 124 | 1 | 45 | 205 |



CONTROL INTERNO



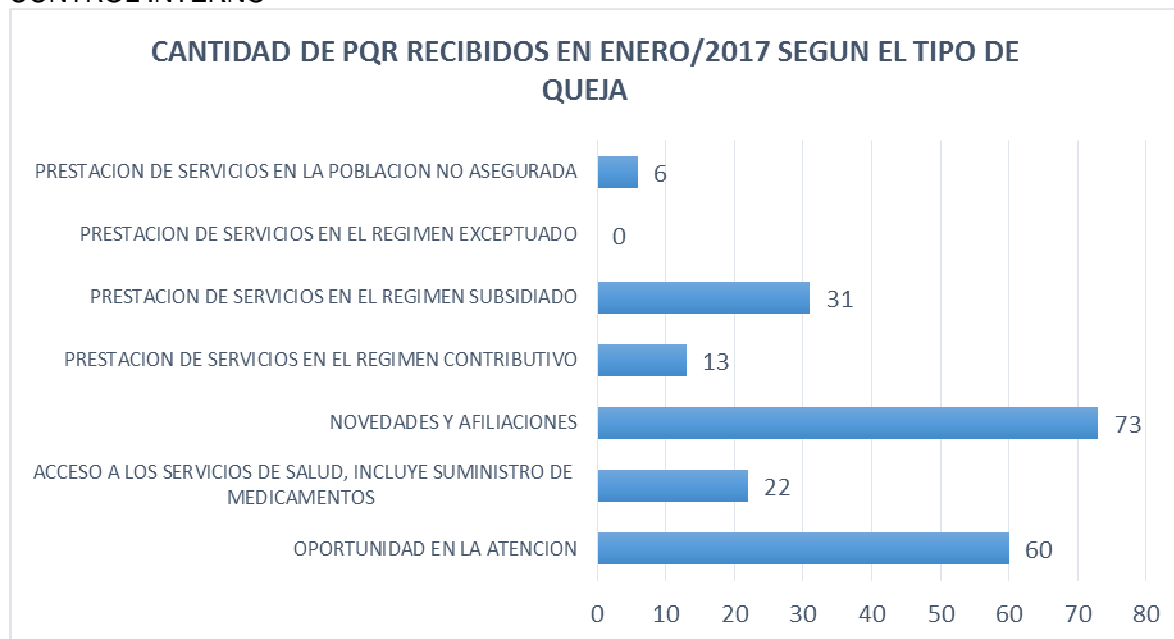
Durante el mes de Enero de 2017 se recibieron 205 solicitudes de usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que se acercaron a los Puntos por el Derecho a la Salud. Los usuarios que cuentan con SISBEN y que aún no están afiliados a una EPS en Ibagué fueron los que mayor cantidad de solicitudes llevaron a los PDS de la ciudad (35). Cabe aclarar que las solicitudes anteriormente mencionadas también incluyen asesoría y orientación sobre novedades tales como Movilidad, Portabilidad, Traslados y afiliaciones. Posteriormente Cafesalud del régimen subsidiado obtuvo un número considerable de PQR (32), seguida de la Nueva EPS subsidiado (31) y salud vida Subsidiado (28).

Se captaron 23 peticiones, quejas, reclamos y solicitudes que involucran varias entidades pero que no representan una cantidad considerable de casos, ya que por cada una de estas entidades no se recibieron más de cuatro eventos.

De las EPS Cafesalud Contributivo y Comparta subsidiado se recibieron entre 16 y 15 solicitudes respectivamente. Además se atendieron 10 casos de personas que actualmente no cuentan con EPS, pero que necesitaban algún servicio o asesoría en Salud. De Salud total contributivo se adelantaron 7 acciones de gestión y asesoría, de la Nueva EPS contributivo se atendieron 6 solicitudes y de Salud Total régimen subsidiado se recibieron 2 PQR.



CONTROL INTERNO



La solicitud más frecuente durante el mes de enero de 2017 en los Puntos por el Derecho a la Salud en la ciudad de Ibagué fue sobre Novedades y afiliaciones (73 casos), que involucra asesoría sobre como afiliarse a alguna de las EPS del régimen subsidiado o contributivo, además de trámites como movilidad, portabilidad y traslados. A demás se atendieron 60 casos en los que los usuarios presentan alguna petición, queja, reclamo o solicitud con relación a la oportunidad en la atención de los servicios de salud, que involucra alguna EPS o IPS de la ciudad de Ibagué y sus alrededores.

También se recibieron 31 PQRS que hacen referencia a la Prestación de Servicios de las EPS del Régimen Subsidiado. En lo que tiene que ver con el acceso a los servicios de salud, incluido la entrega de medicamentos se atendieron 22 usuarios y sobre prestación de las EPS del Régimen Contributivo hubo 13 solicitudes. Finalmente, las personas que cuentan con SISBEN y que aún no están afiliados a una EPS se acercaron en menor cantidad (6) con el fin de recibir alguna gestión o asesoría.

Febrero

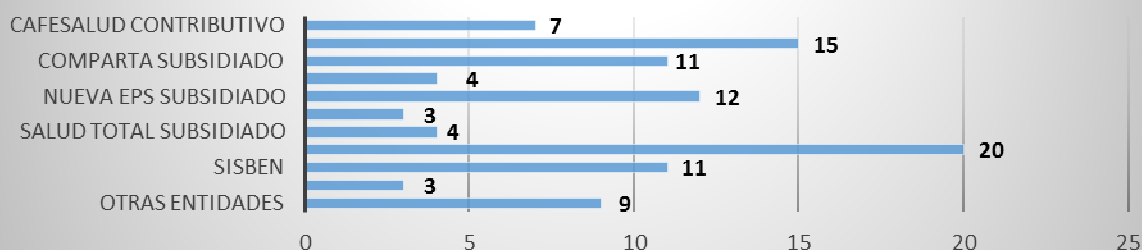
| ENTIDAD | REGIMEN CONTRIBUTIVO | REGIMEN SUBSIDIADO | REGIMEN EXCEPCION | POBLACION SIN ASEGURAR | TOTAL |
|-------------|----------------------|--------------------|-------------------|------------------------|-------|
| AMBUQ | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| ASMET SALUD | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| CAFESALUD | 7 | 15 | 0 | 0 | 22 |
| CAJACOPI | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |



CONTROL INTERNO

| | | | | | |
|----------------------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| CAPITAL SALUD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| COMFACUNDI | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| COMPARTA | 1 | 11 | 0 | 0 | 12 |
| COMPENSAR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| COOMEVA | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| ECOOPOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EMCOSALUD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EMSANAR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FAMISANAR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FERROCARRILES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FIDUPREVISORA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NUEVA EPS | 4 | 12 | 0 | 0 | 16 |
| PIJAO SALUD | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| SALUD TOTAL | 3 | 4 | 0 | 0 | 7 |
| SALUD VIDA | 0 | 20 | 0 | 0 | 20 |
| SANITAS | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| SAVIA SALUD | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| PPNA | 0 | 0 | 0 | 3 | 3 |
| SISBEN | 0 | 0 | 0 | 11 | 11 |
| TOTAL | 17 | 68 | 0 | 14 | 99 |

NUMERO DE PRQ RECIBIDOS EN FEBRERO/2017 EN RELACION CON LAS ENTIDADES INVOLUCRADAS



En el mes de Febrero se registraron 99 solicitudes de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias; 20 de ellas fueron interpuestas a Salud vida EPS del Régimen Subsidiado, seguido de Cafesalud Subsidiado (15), De la Nueva EPS Subsidiado (12), Personas que cuentan con SISBEN y que aún no están afiliados a una EPS 11, igual cantidad de la EPS Comparta régimen subsidiado. Se captaron 9 solicitudes que involucraban otras entidades, 7 PQRS de Cafesalud Contributivo y 4 de Nueva EPS Contributivo y de Salud Total subsidiado. Los usuarios del Sistema de Salud que actualmente no está afiliados a ninguna EPS, presentaron 3 solicitudes, la misma cantidad recibida de Salud total Contributivo.



CONTROL INTERNO



La Queja más frecuente fue sobre la oportunidad en la atención de los servicios de salud (29); posteriormente se atendieron 23 usuarios que solicitaban asesoría u orientación sobre novedades y afiliaciones en salud, además 22 requerimientos con relación a las barreras de acceso a los servicios de salud, incluida la entrega de medicamentos. A cerca de la Prestación de servicios en el Régimen subsidiado se gestionaron 20 casos y en cuanto a la Prestación de servicios en el Régimen Contributivo se atendieron 5 PQRS.

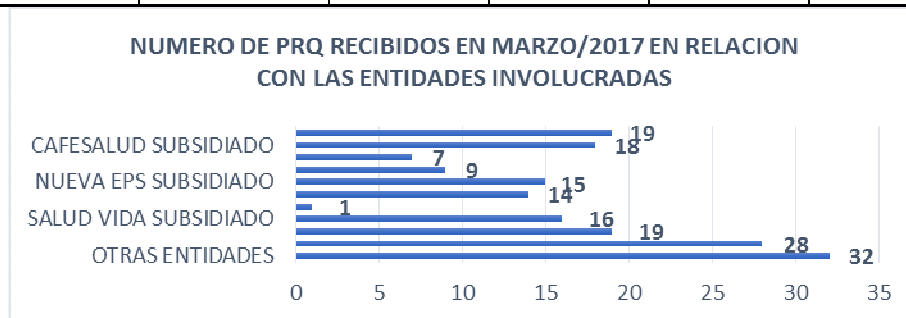
Marzo

| ENTIDAD | REGIMEN CONTRIBUTIVO | REGIMEN SUBSIDIADO | REGIMEN EXCEPCION | POBLACION SIN ASEGURAR | TOTAL |
|---------------|----------------------|--------------------|-------------------|------------------------|-------|
| AMBUQ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ASMET SALUD | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| CAFESALUD | 19 | 18 | 0 | 0 | 37 |
| CAJACOPI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CAPITAL SALUD | 0 | 8 | 0 | 0 | 8 |
| COMFACUNDI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| COMFAHUILA | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| COMPARTA | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 |
| COMPENSAR | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| COOMEVA | 4 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| COOSALUD | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| EMCOSALUD | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| EMSANAR | 0 | 7 | 0 | 0 | 7 |
| FAMISANAR | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| FERROCARRILES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FIDUPREVISORA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NUEVA EPS | 9 | 15 | 0 | 0 | 24 |
| PIJAO SALUD | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |

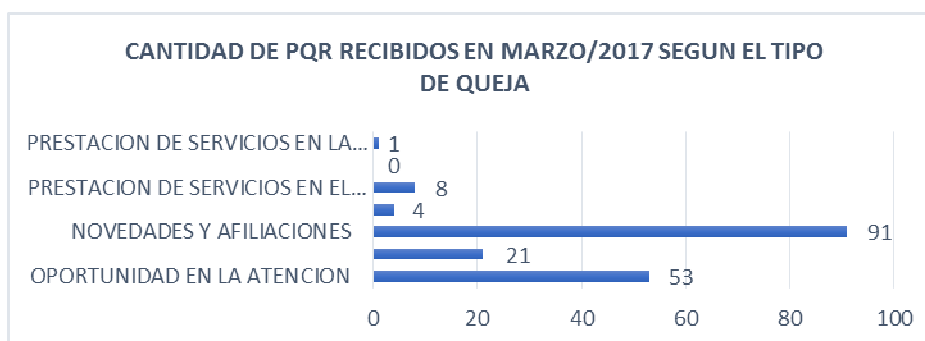


CONTROL INTERNO

| | | | | | |
|--------------------|-----------|-----------|----------|-----------|------------|
| SALUD TOTAL | 14 | 1 | 0 | 0 | 15 |
| SALUD VIDA | 0 | 16 | 0 | 0 | 16 |
| SANITAS | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| SAVIA SALUD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PPNA | 0 | 0 | 0 | 28 | 28 |
| SISBEN | 0 | 0 | 0 | 19 | 19 |
| TOTAL | 46 | 84 | 1 | 47 | 178 |



En el mes de Marzo del presente año se captaron 178 PQRs en los Puntos por el Derecho a la Salud de la ciudad de Ibagué de las cuales 32 corresponden a varias entidades, 28 son de personas que actualmente no están afiliadas a alguna EPS, de personas que cuentan con SISBEN y de Cafesalud Contributivo se captaron 19 solicitudes de cada una de ellas. Además se gestionaron 18 casos de Cafesalud Subsidiado, de Salud vida Subsidiado 16, de la Nueva EPS Subsidiado 15, de Salud Total Contributivo 14 casos, de la Nueva EPS Contributivo 9 solicitudes, de Comparta Subsidiado 7 y de Salud Total Subsidiado 1 atención.



En Marzo se atendieron 91 solicitudes referentes a las novedades en el Sistema General de Seguridad Social en Salud que incluyen afiliaciones, portabilidad, traslados y movilidad, también se recibieron 53 casos de Quejas, Peticiones, Reclamos y Sugerencias sobre la oportunidad en la atención en los servicios de salud. 21 usuarios se acercaron a los PDS por inconvenientes en el acceso a los servicios de salud, incluido el suministro de medicamentos.



CONTROL INTERNO

En cuanto a la prestación de servicios en el Régimen Subsidiado se brindó asesoría y orientación a 8 personas, con relación a la prestación de servicios en el Régimen Contributivo se atendieron 4 PQRS y sobre la prestación de servicios a la Población no Asegurada se asesoró en 1 ocasión.

Abril

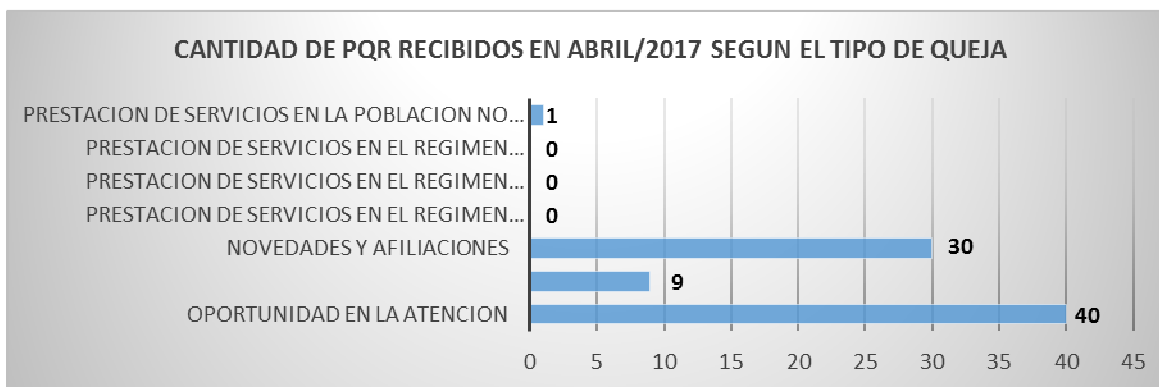
| ENTIDAD | REGIMEN CONTRIBUTIVO | REGIMEN SUBSIDIADO | REGIMEN EXCEPCION | POBLACION SIN ASEGURAR | TOTAL |
|---------------|----------------------|--------------------|-------------------|------------------------|-----------|
| AMBUQ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ASMET SALUD | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| CAFESALUD | 10 | 18 | 0 | 0 | 28 |
| CAJACOPI | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| CAPITAL SALUD | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| COMFACUNDI | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| COMFAHUILA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| COMPARTA | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| COMPENSAR | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| COOMEVA | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| COOSALUD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| CONVIDA | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| ECOPSOS | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| EMCOSALUD | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |
| EMSANAR | 0 | 3 | 0 | 0 | 3 |
| FAMISANAR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FERROCARRILES | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FIDUPREVISORA | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| NUEVA EPS | 2 | 9 | 0 | 0 | 11 |
| PIJAO SALUD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SALUD TOTAL | 4 | 1 | 0 | 0 | 5 |
| SALUD VIDA | 0 | 5 | 0 | 0 | 5 |
| SANITAS | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| SAVIA SALUD | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| PPNA | 0 | 0 | 0 | 5 | 5 |
| SISBEN | 0 | 0 | 0 | 7 | 7 |
| TOTAL | 22 | 45 | 1 | 12 | 80 |



CONTROL INTERNO



En el mes de Abril del año en curso los Puntos por el Derecho a la Salud atendieron 80 casos de Peticiones, Quejas y Reclamos a los usuarios del SGSSS en la ciudad de Ibagué. De la EPS Cafesalud Subsidiado se recibieron 18 solicitudes, seguida 16 casos que involucran varias entidades pero que no representan una cantidad considerable de casos, ya que por cada una de ellas no se recibieron más de tres eventos. De Cafesalud Contributivo se captaron 10 Peticiones, de la Nueva EPS Subsidiado 9, de personas que tienen SISBEN y no cuentan con EPS 7, de Salud vida Subsidiado y de las personas que no están incluidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud 5 solicitudes en el orden correspondiente, de Salud total Contributivo 4 casos, de Comparta Subsidiado 3, de la Nueva EPS contributivo 2 y de Salud Total Subsidiado 1 usuario.



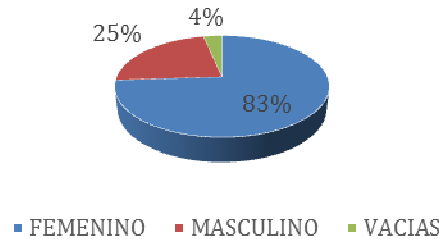
De las 80 solicitudes atendidas durante el mes de Abril 40 usuarios se quejaron o solicitaron alguna gestión con respecto a la oportunidad en la atención de los servicios de salud, 30 casos tuvieron relación con las novedades y afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, que incluyen movilidad, portabilidad y traslados. 9 gestiones se relacionaron con el acceso a los servicios de salud incluyendo el suministro de medicamentos y se realizó una asesoría a un ciudadano orientada a la prestación de servicios en la población no asegurada.

La línea de frente de la Secretaria de Salud, aplica 50 encuesta por mes. continuación, se presenta consolidado de la tabulación.

A

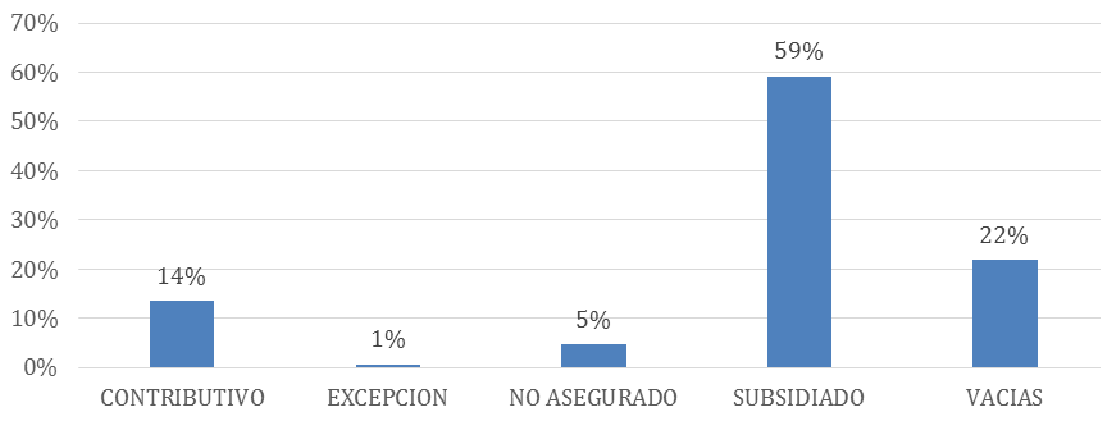


PORCENTAJE DE GENERO ENCUESTADO EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017



Se puede deducir que en el primer trimestre de 2017, de acuerdo a las encuestas realizadas, el género que más utilizó los servicios de la línea de frente y PDS en la Secretaría de Salud fue el género femenino con un 75%, de igual manera el género masculino en un 22% y existe un margen de información no consolidada del 3%, debido a que en el momento de tabulación de datos se omitió el cargue del género del usuario.

PORCENTAJE DE REGIMENES ENCUESTADOS EN EL PRIMER TRIMESTRE DE 2017

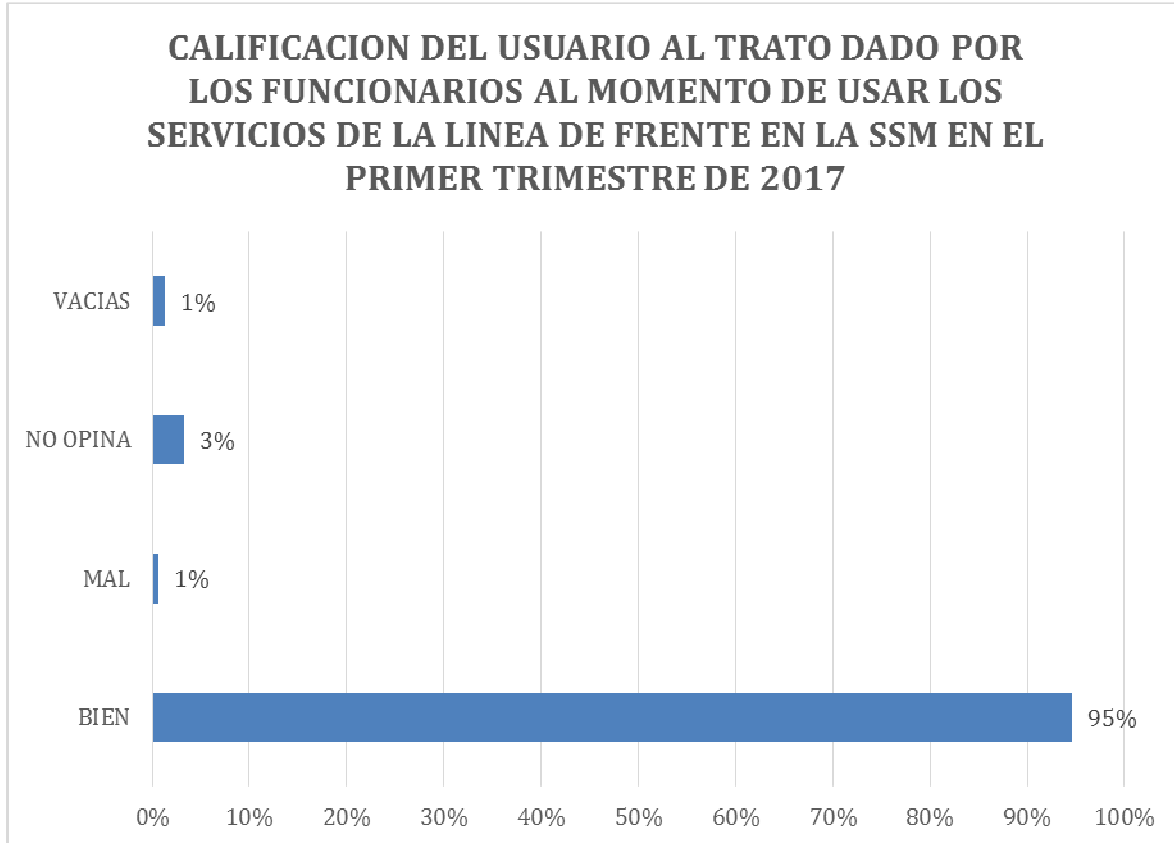


Se puede evidenciar que en el primer bimestre de 2017, de acuerdo a las encuestas realizadas, el régimen que más utilizó los servicios de la línea de frente y PDS en la Secretaría de Salud fue el subsidiado con un 59%, en segundo lugar el margen de información no consolidada del 22%, debido a que en el momento de tabulación de datos se omitió el cargue del género del usuario, así mismo le sigue el contributivo con un 13%; para terminar el no asegurado con un 5% y el de excepción con un 1%. Se recomienda revisar el en el momento de cargue de información o revisar las encuestas en el momento



CONTROL INTERNO

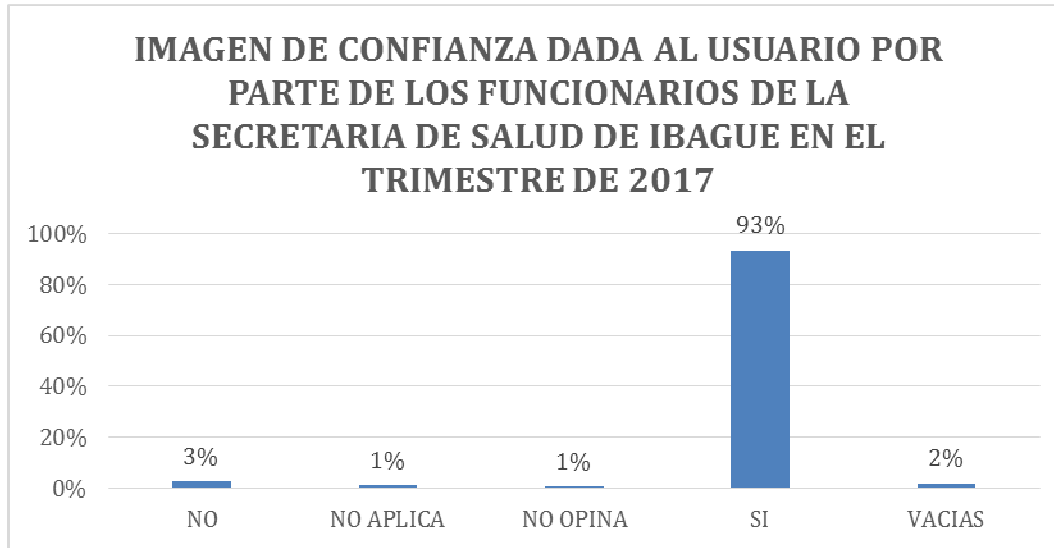
de recibirlas, ya que el margen de error es bastante alto, lo cual puede cambiar ostensiblemente los resultados del análisis.



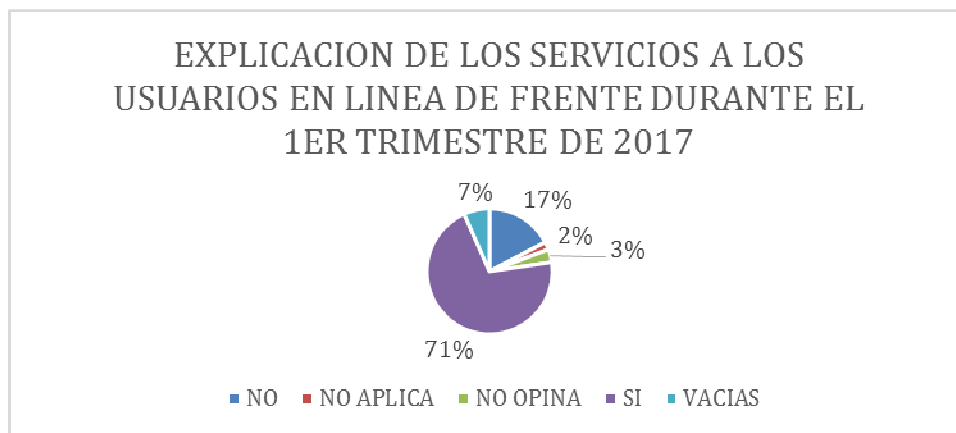
Se demuestra que de acuerdo a las encuestas realizadas a las personas que utilizaron los servicios de línea de frente de la Secretaria de Salud durante el primer bimestre de 2017, obtuvieron un buen servicio al momento de utilizarlos; a pesar de ello se presenta un 1% que opina haber recibido un mal servicio, razón por lo cual se debe inculcar el buen servicio a los usuarios por parte de todo el personal de la Secretaria. Aun así, se sigue presentando un margen de información no consolidada del 2%, debido a que en el momento de tabulación de datos se omitió el cargue.



CONTROL INTERNO



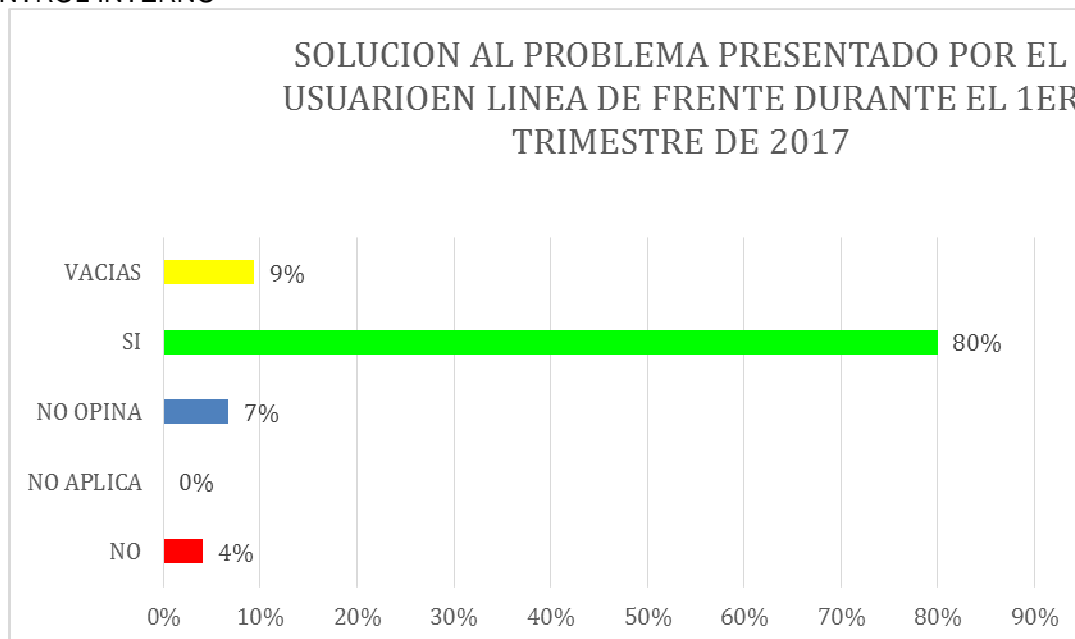
Se demuestra que los resultados de las encuestas realizadas a los usuarios al momento de usar los servicios de la secretaria de salud (Línea de frente), evidencia la confianza que dada el personal para exponer la problemática de los usuarios.



Esta gráfica, plasma la buena explicación que el personal de Línea de Frente de la Secretaria de Salud brinda a los usuarios, utilizando palabras claras y fáciles de entender, que conlleven a la solución de las inquietudes que consulta la comunidad. En aras de una mejor atención, el personal cada día deberá esforzarse más para disminuir ese 18% de usuarios insatisfechos.



CONTROL INTERNO



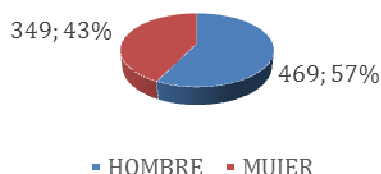
En términos generales, el 85% de los usuarios encuestados que requirieron los servicios de la Línea de frente de la Secretaria de salud afirmaron que si les fue resuelta su necesidad, lo cual demuestra la buena atención y solución a los casos presentados en la línea de frente y da a entender que este servicio si es necesario ampliar. Ahora bien, hay que encaminar esfuerzos a tabular o explicar al usuario la manera de responder totalmente la encuesta realizada para así tener una totalidad de las respuestas de los encuestados.

| USUARIOS ATENDIDOS POR SEXO | TOTAL |
|---|--------------|
| HOMBRE | 469 |
| MUJER | 349 |
| TOTAL USUARIOS ATENDIDOS EN LA JORNADA | 818 |

| USUARIOS ATENDIDOS JORNADA | TOTAL |
|---|--------------|
| MOVILIDAD | 17 |
| TRASLADOS | 22 |
| CAFÉSALUD AFILIADOS | 7 |
| NUEVA EPS AFILIADOS | 79 |
| SISBEN | 195 |
| ICBF | 9 |
| SERETARIA DE BIENESTAR SOCIAL/ALCALDIA | 60 |
| PUNTOS DE DERECHO A LA SALUD | 429 |
| TOTAL USUARIOS ATENDIDOS EN LA JORNADA | 818 |

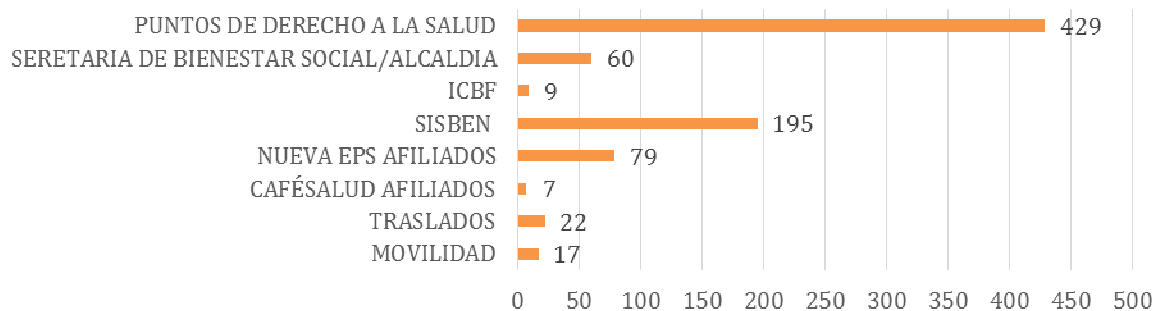


TOTAL DE USUARIOS POR SEXO ATENDIDOS EN LA JORNADA DE LA SALUD DEL 24 AL 28 DE ABRIL DE 2017



Durante la jornada del 24 al 28 de Abril de 2017, se logró atender a 818 personas, de las cuales el 43% corresponde al género femenino y el 57% al género masculino.

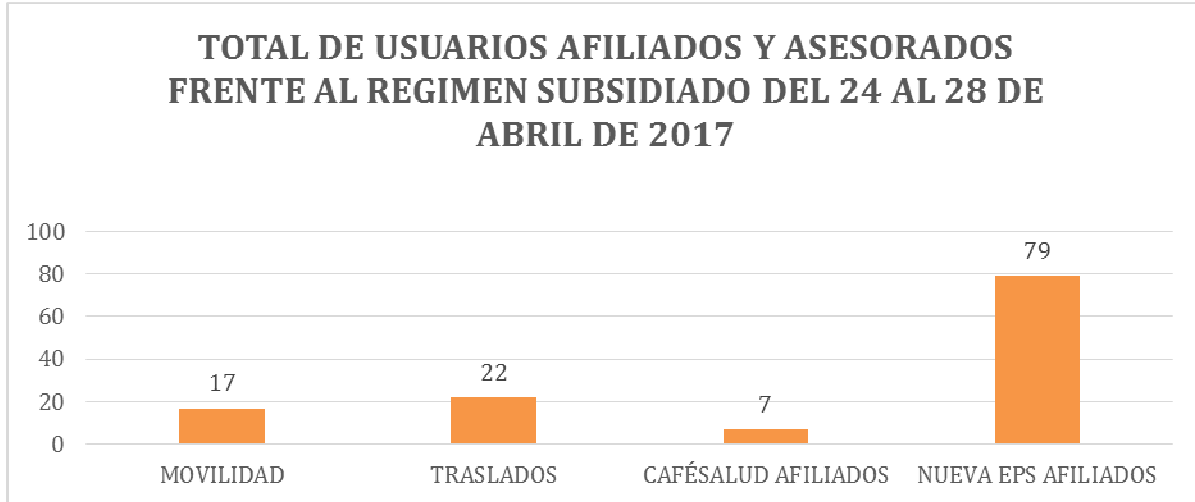
TOTAL DE USUARIOS POR PROCESOS ATENDIDOS EN LA JORNADA DE LA SALUD DEL 24 AL 28 DE ABRIL DE 2017



De todos los procesos de atención al público realizados durante la jornada de la salud comprendida entre el 24 al 28 de abril de 2017, se puede observar que el PDS es que más atendió durante la jornada, dando como conclusión que si se justifica la realización de dichas jornadas en lo que respecta a capacitación de la población asistente.



CONTROL INTERNO



De acuerdo al grafico se puede apreciar que del total de la población asistente, se le ha suministrado capacitación en movilidad y traslados a 39 personas, siendo estas las que solicitaron información sobre el tema, ya que pertenecen al régimen contributivo. De igual manera se puede deducir que a pesar de la poca divulgación del evento, se lograron inscribir un total de 86 personas al régimen subsidiado.

APOYO JURIDICO A TUTELAS

La Dirección de Aseguramiento tiene a disposición un Profesional en Derecho, para la atención, asesoría y ayuda en el diligenciamiento de documentos que necesite el ciudadano para presentar la inconformidad en la prestación de servicios de Salud, la cual se hace ante la entidad prestadora de salud (EPS), ante los juzgados, entes de control o en su defecto ante la Súper salud.

En el PDS de la Secretaria de Salud, se han recepcionado y diligenciado 13 Acciones de Tutela, donde los tutelantes solicitan atención integral, Insumos, Medicamentos, atención domiciliaria. Etc. De igual forma se da asesoría jurídica de cuál es el paso a seguir de acuerdo a la necesidad de las personas.

Teniendo en cuentas las quejas que se recepcionan en la dirección de aseguramiento la jurídica hace presencia en las EPS, para verificar la queja del ciudadano y el porqué del incumplimiento a los fallos judiciales.

Por la Plataforma Integrada de Sistemas Alcaldía Municipal de Ibagué “PISAMI” Se han recepcionado y diligenciado 33 Acciones de Tutela, la cual por medio de orden judicial ordenan vincular a la Secretaria de Salud y que Una vez revisada nuestra base de datos y nuestra competencia en los términos legales se da respuesta donde se le da a conocer al juez nuestra inconformidad y quien es el responsable de garantizar los servicios que requiera el accionante y este a su vez ordena la desvinculación de la misma.



GRUPO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE DESASTRES “GPAD”

La Ley 1523 de abril del 2012, asigna la responsabilidad directa de la Gestión del Riesgo a los Alcaldes como jefes de la administración local, los cuales representan al Sistema Nacional en el Municipio.

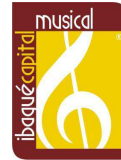
La Gestión del Riesgo es un proceso social orientado a la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas, estrategias, planes, programas, regulaciones, instrumentos, medidas y acciones permanentes para el conocimiento y la reducción del riesgo y para el manejo de desastres, con el propósito explícito de contribuir a la seguridad, el bienestar, la calidad de vida de las personas y al desarrollo sostenible.

La reducción del riesgo es la actividad que más relevancia tiene en la prevención de desastres, ya que está encaminada a reducir los daños y/o pérdidas. Por lo tanto, contribuyendo a todo lo anterior el Grupo de Prevención y Atención de Desastres GPAD ha recepcionado en peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias “PQRSDs” de la comunidad ibaguereña 413 solicitudes desde el 01 de enero hasta el 30 de abril del presente año, las cuales se encuentran radicadas en la Plataforma Integrada de Sistemas Alcaldía Municipal de Ibagué PISAMI.

Mensualmente el GPAD, recibe solicitudes y tramita las respectivas, teniendo en cuenta plazos pertinentes. Según tabla de PQRSDs, de los cuatro primeros meses, se observa que en el mes de marzo, se radicaron más peticiones, siendo la más requerida los trámites con 97 solicitudes, dentro de los cuales sobresalen solicitud por poda o tala de árboles.

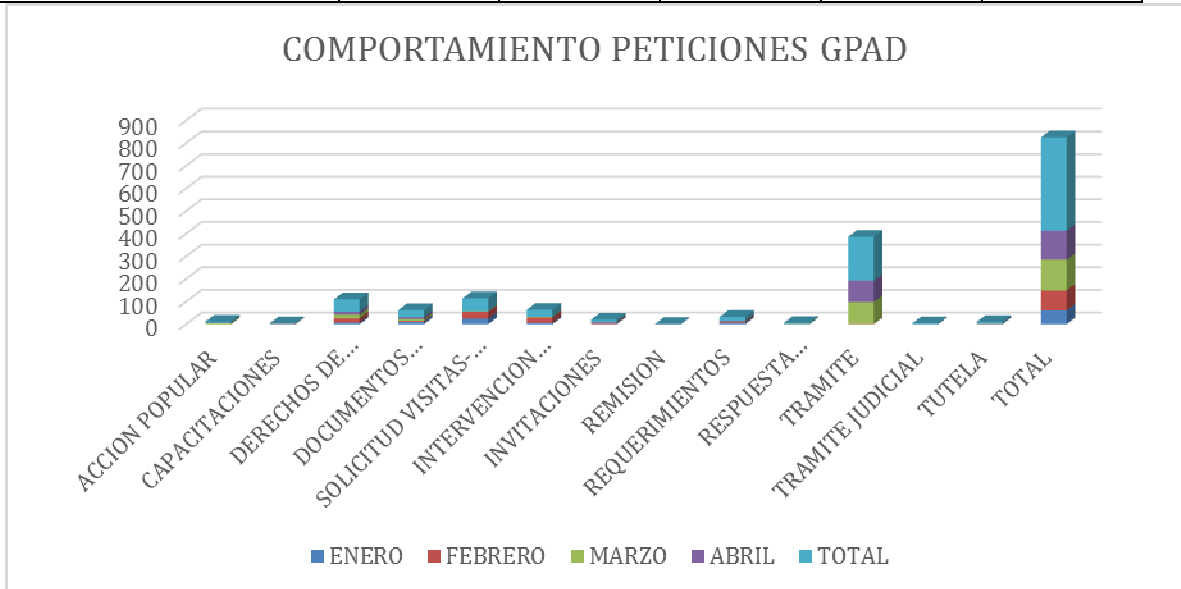
A continuación se presenta tabla, con solicitudes realizadas por mes.

| TIPO PETICION | ENERO | FEBRERO | MARZO | ABRIL | TOTAL |
|---|-------|---------|-------|-------|-------|
| ACCION POPULAR | 0 | 0 | 4 | 2 | 6 |
| CAPACITACIONES | 0 | 2 | 0 | 0 | 2 |
| DERECHOS DE PETICION | 7 | 19 | 17 | 12 | 55 |
| DOCUMENTOS INFORMATIVOS | 10 | 4 | 8 | 9 | 31 |
| SOLICITUD VISITAS- EVENTOS- INFORMACION-APOYO | 24 | 31 | 2 | 0 | 57 |
| INTERVENCION ARBOLES | 6 | 24 | 2 | 0 | 32 |
| INVITACIONES | 2 | 2 | 2 | 4 | 10 |
| REMISION | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| REQUERIMIENTOS | 6 | 4 | 2 | 4 | 16 |
| RESPUESTA DOCUMENTO | 2 | 0 | 1 | 0 | 3 |



CONTROL INTERNO

| | | | | | |
|------------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| TRAMITE | 0 | 1 | 97 | 95 | 193 |
| TRAMITE JUDICIAL | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 |
| TUTELA | 2 | 0 | 1 | 2 | 5 |
| TOTAL | 61 | 88 | 136 | 128 | 413 |



1. Atención de PQRSD's dentro de los términos legales

- Se ha realizado seguimiento mensual a la oportunidad de respuesta de los PQRSDs, apoyados en la semaforización de estado que brinda la La Plataforma Integrada de Sistemas Alcaldía Municipal de Ibagué PISAMI. Las PQRSDs encontradas en estado “vencido” o próximo a vencer es comunicado al funcionario o contratista competente para su respuesta inmediata.
- Otro control es realizado por los profesionales de los PDS y referentes de cada programa.

6.

CONCLUSIONES

La Dirección de Aseguramiento y prestación de servicios de la Secretaría de salud de Ibagué, busca desarrollar acciones que contribuyan que las personas, los hogares y las comunidades en general, accedan al sistema General de Seguridad Social, mediante la inscripción en una E.P.S., así mismo realiza acciones de inspección vigilancia y control encaminados a la prestación adecuada de servicios de salud en el Municipio



CONTROL INTERNO

Por lo tanto al ser una dimensión transversal, realiza vigilancia epidemiológica, capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del sistema de vigilancia en salud pública SIVIGILA.

La secretaría de Salud celebró contratos interadministrativos con las ESES del municipio para la prestación de servicios de salud primer nivel de atención a la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda del municipio de Ibagué de acuerdo al portafolio de servicios inscritos en el registro especial de prestadores de servicios en salud ante la entidad competente.

Con corte a 30 de abril de 2017, fueron realizadas (695) visitas de Inspección y vigilancia y control a establecimientos, así: 450 visita a establecimientos comerciales con riesgo bajo, medio y alto. 90 visitas a establecimientos con riesgo sanitario en alimentos, 155 establecimiento comercial con riesgo Biológico.

La Secretaria de Salud Municipal en pro de mejorar cada día la prestación de servicios a la ciudadanía, implementa anualmente diferentes mecanismos y establece lineamientos con el ánimo de encontrar la excelencia en la atención al ciudadano.

En consecuencia, la Secretaría ha desarrollado las siguientes acciones:

2. Fortalecimiento de los canales de atención presencial y telefónico :

- La recepción de documentos es realizada en línea de frente por dos profesionales de planta, en horario de atención de Lunes a jueves 7:00AM a 12:00M y de 2:00 a 6:00 PM y el viernes 7:00AM a 12:00M y de 2:00 a 5:00 PM.
- Se mejora la atención presencial y telefónica con el incremento de un profesional de planta en la línea de frente.
- Atención al usuario por parte del Grupo de base de Datos, para revisión en (Winsalud), Fosyga, Sisben.
- Se profesionaliza la atención en los Puntos por el Derecho a la Salud “PDS” a través del apoyo jurídico, en la elaboración y/o respuesta de tutelas, desacatos y Derechos de petición; y el apoyo de un profesional de la Salud (Médico y/o Enfermera Profesional), para casos clínicos prioritarios.

En el momento que el usuario ingresa al PDS es direccionado al profesional correspondiente según su necesidad.

- Se han realizado 200 encuestas en Línea de Frente, para medir la satisfacción del usuario que se acerca a la Secretaria. (Se anexa informe SAC que contiene la tabulación).

CONTROL INTERNO

- El grupo de PDS, acude a los diferentes barrios que conforman las comunas del Municipio de Ibagué, para capacitar a líderes sobre los deberes y derechos de los usuarios en el SGSSS, así como la concientización de la inclusión de la población pobre no cubierta con subsidio a la demanda al Régimen subsidiado y los beneficios que se obtienen al ser incluido en una EPSs.

3. Atención de PQRSD's dentro de los términos legales

4.

- Se ha realizado seguimiento mensual a la oportunidad de respuesta de los PQRSDs, apoyados en la semaforización de estado que brinda la La Plataforma Integrada de Sistemas Alcaldía Municipal de Ibagué PISAMI. Las PQRSDs encontradas en estado “vencido” o próximo a vencer es comunicado al funcionario o contratista competente para su respuesta inmediata.
- Otro control es realizado por los profesionales de los PDS y referentes de cada programa.

7.

RECOMENDACIONES

La administración del riesgo, consiste en identificar, analizar y manejar de manera permanente el riesgo, garantizando el cumplimiento de los objetivos institucionales, la supervivencia de la entidad, fortaleciendo de manera continua la credibilidad en el ciudadano.

Se considera necesario que los encargados del Comité de Riesgos de salud, reporten ante planeación municipal el Mapa de Riesgos actualizado con las correcciones y ajustes a cada uno de los componentes.

El monitoreo y seguimiento a los mapas de riesgos de corrupción y atención al ciudadano, son de gran importancia para garantizar que las acciones propuestas se estén llevando a cabo y evaluar la eficiencia en su implementación, se debe adelantar revisiones para detectar factores o situaciones que incidan en la aplicación de las acciones preventivas.

Se recomienda que se registre en cada uno de los mapas los avances porcentual de las metas establecidas.

Todos los actos administrativos expedidos por la secretaría dando solución y respuesta a requerimientos se deben registrar en PISAMI, para cuando se cruce la información del sistema con evidencias, quede claro si se han resuelto o no.



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

La representante de la Oficina de Control Interno agradece la atención por parte de la Directora del Gepad doctora **Guiomar Troncoso Frasser** y a la profesional **Diana Mireya Cuellar Sanchez del Grupo Gpad**, de igual manera a los servidores públicos **Jorge Nicolas Bonilla Rojas, Alba Lucy Cuellar D.** y las dos contratistas que firman el acta de la diligencia, por la colaboración prestada para el desarrollo de la misma.

La auditora de control interno manifiesta que está dispuesta a atender cualquier requerimiento que se considere necesario en pro del mejoramiento continuo y agradece la puntualidad en la entrega de los presentes avances

Cordial saludo,

MAURICIO PULIDO CORRAL
Jefe Oficina de Control Interno

Anexo (27) folios
Transcriptor: Luz Melba



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7



CONTROL INTERNO



Alcaldía Municipal
Ibagué

NIT.800113389-7

CONTROL INTERNO





Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7

CONTROL INTERNO



**MONITOREO RIESGOS CORRUPCION – ADMINISTRATIVOS
Y ESTRATEGIA ANTITRAMITES
SECRETARIA DE HACIENDA
MUNICIPIO DE IBAGUE**

**OCTUBRE
2017**

TABLA DE CONTENIDO



CONTROL INTERNO

| | Página |
|--|---------------|
| 1. INTRODUCCION | |
| 2. OBJETIVOS | |
| 2.1 General | 6 |
| 2.2 Especifico | 6 |
| 3 ALCANCE | 7 |
| 4 METODOLOGIA | 7 |
| 5 EVALUACION – OBSERVACIONES | |
| 5.1 Políticas de Administración del Riesgo | 7 - 8 |
| 5.2 Seguimiento a la Estrategia Anticorrupción y Atención al Ciudadano | 7 - 8 |
| 5.3 Riesgos Administrativos | 14 - 15 |
| 6. CONCLUSIONES | 16 - 17 |
| 7. RECOMENDACIONES | 17 - 18 |

1. INTRODUCCION

El Gobierno Nacional mediante el Decreto 1599 de 2005, adopta el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), como una herramienta de gestión a

105



CONTROL INTERNO

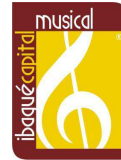
implementar y mantener en las entidades del Estado del orden nacional y territorial. Con el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014 se actualiza el Modelo determinando las generalidades y la estructura necesaria para establecer, implementar y fortalecer el Sistema de Control Interno en las entidades y organismos obligados a su implementación. Como parte integral de este Decreto se expide El Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno, de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades del Estado.

El nuevo modelo convierte los tres subsistemas de control en dos módulos que sirven como unidad básica para realizar el control de la Planeación y Gestión Institucional y por otro lado el control a la evaluación y seguimiento. Igualmente, a partir de esta modificación, la información y comunicación se convierten en un eje transversal al Modelo.

Así las cosas, el Módulo de Control de la Planeación y Gestión busca agrupar los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión dentro de los cuales entre otros se encuentra la administración de los riesgos y el Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación, evaluación y seguimiento.

Aunque los mapas de riesgos tanto administrativos como de corrupción, fueron formulados por los servidores públicos que operan los diferentes procesos de la entidad y las Políticas de Administración del riesgo diseñadas por el nivel directivo y aprobadas en Comité de Coordinación de Control interno; se hace necesario efectuar un monitoreo por parte de la Oficina de Control Interno, para determinar el cumplimiento de: políticas diseñadas, acciones correctivas y/o preventivas y fomento de una cultura de autocontrol que garantice una verdadera administración de los riesgos, mediante la retroalimentación y ajuste de los mapas por parte de los responsables de los procesos. Todo lo anterior encaminado a que estos instrumentos de gestión se conviertan en una verdadera herramienta gerencial.

El resultado del Componente de Administración del Riesgo del Módulo de Control de la Planeación y Gestión, que se midió a través de la Evaluación al Sistema de Control Interno con corte a 31 de diciembre de 2016; fue de 4.39 ubicándolo en un nivel de implementación satisfactorio, lo que no es congruente con los informes de seguimiento y monitoreo anual que produce la oficina de control interno. Estas situaciones se evidencian principalmente en la inobservancia para la aplicación de las políticas de administración del riesgo y en la poca asesoría y coordinación de la Secretaría de Planeación para la formulación de los Mapas de Riesgos Administrativos y de Corrupción por procesos en la entidad.



CONTROL INTERNO

La Ley 1474 de 2011 en su artículo 73 y el Decreto 124 del 26 de enero de 2016, señalan que las entidades del orden nacional, departamental y municipal deberán elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano y que la metodología para construir esta estrategia está contenida en el documento “Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” versión 2 del año 2015, a cargo del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, -hoy Secretaría de Transparencia-.

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993, la cual establece el ejercicio del Control Interno de obligatorio cumplimiento en toda la estructura administrativa; la Ley 1474 de 2011 “por medio de la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública” y su Decreto 2641 de 2012 por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474; la Oficina de Control Interno efectuó monitoreo a los Mapa de riesgos de corrupción y administrativos de la Secretaría de Hacienda, en cumplimiento de su rol directo en la administración del riesgo y su programa de auditoría.

El Artículo 2.1.4.2 del decreto 124 de 2016, designa como metodología para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el documento "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción".

El Decreto 1.1 0762 de 04/12/2008 en su artículo 5, indica: “La competencia para liderar el proceso de identificación del riesgos y conformación del Mapa de Riesgos por proceso, será responsabilidad del Secretario y/o director de cada dependencia, quienes conformarán y mantendrán el Comité de Riesgos, realizarán el monitoreo trimestral y generarán un informe de autoevaluación, que deberá ser socializado y remitido a la Oficina de Control Interno. A su vez el artículo 6 cita que la evaluación y seguimiento del Mapa de Riesgos Administrativos será responsabilidad de la Oficina de Control Interno.

El último monitoreo realizado por la Oficina de Control Interno a los riesgos administrativos se efectuó en septiembre de 2016 con corte a 31 de agosto del mismo año y a la Estrategia de Lucha contra la Corrupción y Atención al Ciudadano en mayo del año en curso con corte a 30/04/2017; actividades que culminaron con la presentación de los memorandos 1002 2016 045507 de 03/11/2017 y 1002 2017 023997 de 24/05/2017 respectivamente.

Con la Circular 1002.2017 00026 de 24 de agosto de 2017 se solicita a los Secretarios de Despacho, Jefe de Oficina Jurídica y Comité de Riesgos, remitir a



CONTROL INTERNO

más tardar el día 05/09/2017, los resultados de la autoevaluación con corte a 31 de agosto; sobre el avance o cumplimiento de las acciones correctivas y/o preventivas formuladas en los mapas de riesgos administrativos y de corrupción como medio para mitigar los riesgos identificados en los mismos. La Secretaría de Hacienda con memorando 1030-042627 de 05/09/2017 entrega los avances realizados a la fecha de corte solicitada.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el cumplimiento o avance en la implementación de las acciones formuladas para prevenir la materialización de los riesgos administrativos y de corrupción del proceso Gestión Financiera, a corte 31 de agosto de 2017.

Igualmente efectuar seguimiento a la implementación y aplicación de las políticas de administración del riesgo por parte de los líderes del proceso mencionado.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

2.2.1 Analizar el diseño e idoneidad de los controles, determinando si son o no adecuados para prevenir o mitigar el riesgo de los procesos.

2.2.2 Evaluar la adecuada administración del riesgo.

2.2.3 Sugerir correctivos y ajustes necesarios en la aplicación del procedimiento de administración del riesgo.

2.2.4 Propender por una cultura de autocontrol que conlleve a determinar el nivel de riesgo actual, una vez cumplidas las acciones correctivas.

2.2.5 Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones orientadas a prevenir o evitar los riesgos de corrupción y administrativos en cada unidad administrativa.

3. ALCANCE

Del periodo 01 de septiembre de 2016 al 31 de Agosto de 2017, se evaluó el cumplimiento de las políticas y procedimientos de administración del riesgo, así como la implementación de las acciones preventivas o correctivas suscritas



CONTROL INTERNO

en el mapa de riesgos por procesos. Con este insumo se generará un informe que contendrá las respectivas observaciones y recomendaciones y que será presentado en Comité de Coordinación de Control Interno.

Igualmente, se verificó durante el periodo del 01 de mayo al 31 de agosto de 2017 el cumplimiento de las acciones propuestas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano, para generar el respectivo informe.

Para la evaluación o verificación de la información se tomaron las autoevaluaciones allegadas a este despacho hasta el 05 de septiembre de 2017, fecha límite concedida por esta oficina para la presentación de las mismas.

4. METODOLOGIA:

Mediante la aplicación de técnicas de observación, comprobación, evidencia de documentos, mesas de trabajo, aplicación de cuestionarios y otros procedimientos, se llevó a cabo la verificación de los avances reportados por los líderes del proceso, prestando especial atención en el diseño, idoneidad y pertinencia de los controles formulados para mitigar el riesgo.

Del informe de autoevaluación presentado por el Comité de Riesgos de la Secretaría de Hacienda, se verificó la ejecución o avance de cada una de las acciones propuestas para mitigar los riesgos formulados; estas evidencias se observaron con fecha de corte a 31 de agosto de 2017 .

5. EVALUACION – OBSERVACION

5.1 POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO:

Las Políticas de Administración del Riesgo de la Alcaldía de Ibagué, se encuentran en el documento con Código: POL-MC-01. Versión 01 de fecha 11 de diciembre de 2015; revisado y aprobado por la Secretaría de Planeación Municipal.

Con el objeto de evidenciar el cumplimiento de las Políticas de Administración del Riesgo se aplicó un cuestionario a los coordinadores de la actividad del cual se obtuvo los siguientes resultados:

- La dependencia cuenta con un Comité de Evaluación, Seguimiento y Manejo de Riesgos, conformado por el Secretario de despacho y los directivos de las unidades administrativas que operan el proceso de Gestión Financiera. Los



CONTROL INTERNO

riesgos no se monitorean a nivel de Comité sino en forma individual en cada unidad administrativa.

- El Mapa de Riesgos Administrativo no se encuentra en la página web de la entidad.
- La delegada en la Secretaría de Hacienda para coordinar todo lo relacionado con el tema de riesgos, contratista Ingeniera Industrial Viviana Posee Rodríguez adelantó un trabajo individual con cada unidad del despacho revisando los mapas existentes, de donde salieron propuestas de reformulación, pero estas no fueron tramitadas o presentadas ante la Secretaría de Planeación para su respectiva documentación, legalización y actualización en los respectivos mapas.
- En el proceso de Gestión Financiera no fueron identificados riesgos por líderes de otros procesos de la entidad.
- Los Mapas de Riesgos Administrativo y de Corrupción no han sido socializados con todos los funcionarios de la Secretaría de Hacienda.
- En el Mapa de Riesgos Administrativos hay un riesgo en zona “extrema”, pero este no cuenta con un Plan de Contingencia.
- La coordinadora manifiesta que ha ido retroalimentándose con las Políticas de Administración del Riesgo en la medida que ha ido desarrollando su objeto contractual; pero no como parte de un proceso de socialización. Igualmente comenta que por el factor tiempo y las actividades del día a día de los miembros del Comité de Evaluación y Seguimiento no se han podido reunir a nivel de grupo; no obstante, se trabaja a nivel individual con quienes formularon los riesgos y son responsables de implementar las acciones respectivas.

5.2 SEGUIMIENTO A LA ESTRATEGIA ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO – SECRETARIA DE HACIENDA:

El Mapa Anticorrupción de la Alcaldía de Ibagué muestra que para el proceso de Gestión Financiera se formularon (7) riesgos de corrupción, cuyo monitoreo y verificación arrojó los siguientes resultados:



CONTROL INTERNO

| ENTIDAD: ALCALDIA DE IBAGUE AREA EVALUADA: SECRETARIA DE HACIENDA PROCESO: Seguimiento cumplimiento acciones anticorrupción. AUDITOR: Claudia Marcela Romero Tole Periodo Evaluado: 01/05/2017 a 31/08/2017 Fecha evaluación: Septiembre de 2017 | | | SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO. Funcionario (s) que suministran la información: Coordinador de la actividad Ingeniera Viviana Posee Rodríguez. Directora Grupo de Tesorería Martha Ascencio, Directora Grupo de Rentas Angélica M Morales y Director Grupo de Contabilidad Gandy Varón. | | |
|---|---|--|--|---|-----------------------------|
| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICIINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
| PROCESO GESTION FINANCIERA : Administrar los recursos Financieros, mediante la captación, ejecución, registro y control | 1 Riesgo: Manipulación y uso indebido de la información para beneficio de terceros del Boletín de Deudores Morosos del Estado 1.1 Acciones Propuestas: Verificación en el informe del BDM. Responsable: Director Grupo de contabilidad | Indicador: Solicitudes tramitadas/certificados expedidos. Registro: Planilla realizadas y certificados emitidos | En los meses de Julio a Agosto de 2017 no se realizaron solicitudes de exclusiones por tal motivo no hay evidencias de certificados para estos meses. | Durante el periodo evaluado no se encontraron evidencias (certificados) puesto que no se presentaron solicitudes de retiros. | |
| presupuestal, para lograr un adecuado funcionamiento económico, social y ambiental del Municipio de Ibagué | 2. Riesgo: Utilización por parte del servidor público de su cargo, de sus influencias, o de su posición jerárquica en el trámite de cuentas de | Indicador: Nro. De cuentas registradas en planilla/Nro. De cuentas registradas en el sistema. | Se validó la planilla de órdenes de pago existentes para el control de tramites de cuentas de empresas con órdenes de pago no contractuales, planilla verificada por director de contabilidad | En las planillas se registra en orden cronológico la llegada de órdenes de pago no contractuales a la Dirección de Contabilidad. El control se hace sobre el tiempo que demora o es tramitada está orden de pago en esta dependencia. Este control se viene haciendo cada dos meses | |



CONTROL INTERNO

| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICIINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
|------------------|---|--|---|--|--|
| | <p>empresas en beneficio de si mismo, o de un tercero, desconociendo o pasando por alto, el derecho al turno e igualdad que le asisten.</p> <p>2.1 Acciones Propuestas: Verificación de la planilla para el control de cuentas (Tiempos de recibimiento y entrega) Responsable: Director Grupo de contabilidad</p> | En la Plataforma PISAMI y en la planilla realizada | Monitoreo y revisión: Cada dos meses durante la vigencia. | por parte del Director. Verificada la planilla estas cuentas aproximadamente se demoran máximo un día en esta dependencia. Cuando son objeto de devolución se deja el respectivo registro de la razón y la fecha en que se realizó dicha actuación. | Se sugiere que el monitoreo y revisión de este riesgo se efectúe de manera permanente dejando la evidencia en el mismo documento donde se hace el registro de las órdenes de pago. |
| | <p>3. Riesgo: Perdida de Documentos Expedientes, vencimiento de términos, detrimento patrimonial, no se cuenta con información estadística que permita hacer seguimiento a cada uno de los procesos</p> <p>3.1 Acciones Propuestas: Implementación y seguimiento de submodulos desarrollados del software de cobro y seguimientos a la creación de nuevos submodulos de acuerdo a la necesidad que se vaya</p> | Indicador: Número de submódulos a implementar / Total de módulos creados. | La implementación del módulo de COBRO de impuesto predial e industria y comercio, otras multas y Multas de tránsito se encuentra en una avance general del 34,86%, del cual el 45,72% responsabilidad área de Cobro y del 24% de Informática, de acuerdo al Cronograma de seguimiento e implementación y mantenimiento del módulo de Cobro, el cual se adjunta al presente. De igual manera se despliega el proyecto en desarrollo del área de informática. | Estructuraron un cuadro control para hacer seguimiento y medir el avance de las actividades propias para la implementación del módulo de cobro coactivo teniendo en cuenta las diferentes rentas del municipio. Este cuadro contiene el cronograma con todas las actuaciones, documentos, plantillas, manejo 472, informes básicos y gerenciales, actualización y migración de datos necesarios para la ejecución del procedimiento. | El cuadro control permite identificar las actuaciones, el responsable, la fecha de entrega y el porcentaje de avance de cada una de las actividades del procedimiento. Igualmente puede generar el porcentaje general de avance (34.86%) e identificar el porcentaje de responsabilidad de cada área: Cobro coactivo (45.72%) y Dirección de |



CONTROL INTERNO

| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICIINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
|------------------|--|--|--|---|--|
| | Presentando. Responsable: Directora Grupo de Tesorería. | No se formuló registro para este riesgo | | | Informática (24%). |
| | 3.2 Acciones Propuestas: Digitalización de los expedientes activos en cobro. Responsable: Directora Grupo de Tesorería. | Indicador: Número de expedientes digitalizados/T otal de expedientes activos. | Del total de expedientes de la secretaria de hacienda se tiene el siguiente inventario: 148.541 expedientes de impuesto predial, 14.795 expedientes de ICA y 1125 de otras multas (Espacio público, Infracciones de policía, Infracciones ambientales y costas de procesos administrativos). Se encuentran digitalizados 255 expedientes de ICA es decir que el porcentaje de cumplimiento es del 0,16%. | Dentro de las actividades de organización del archivo, se han digitalizado a la fecha 4479 expedientes. El inventario físico corresponde a un total de expedientes de 326.748 compuesto por: 143.693 de impuesto predial, 14.815 de Industria y Comercio, 1.081 de otras multas y 167.159 multas de tránsito. Hay un avance de 1.37%. Esta labor se ha adelantado con el objeto de organizar el archivo de expedientes | Esta es una de las actividades esenciales en la migración de la información al nuevo aplicativo de cobro coactivo que se está desarrollando dentro de la plataforma PISAMI. |
| | 4. Riesgo: Manipulación de la información para beneficio de terceros. 4.2 Acciones Propuestas: Asignar claves de control para el acceso al sistema de información. Acción: Verificar Mensualmente que al sistema solamente ingresa personal autorizado. Responsable: Secretaría de Hacienda – Directora Grupo de Rentas | Indicador: Ingresos al sistema/Ingresos o al sistema del personal autorizado. | La asignación de claves para el periodo Mayo - Agosto del 2017 se realizó mediante memorandos dirigidos a la dirección de informática en donde con cada ingreso y según las necesidades y actividades asignadas en el contrato, se proporciona el acceso según sea el caso, a los aplicativos TAO y/o PISAMI. Los memorandos de solicitud reposan en el archivo de la dirección de rentas. | Las autorizaciones para el uso de claves se continuo dando por parte de la directora a través de memorandos dirigidos a la Dirección de Sistemas, el primer memorando corresponde al número 1034 000022 de 04/05/2017 y el último al 1034 037651 de 10/08/2017. | Con respecto a las autorizaciones hay avance porque se están efectuando con los memorandos debidamente estructurados; pero con respecto al control del riesgo aún se presentan dificultades. |



CONTROL INTERNO

| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICIINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
|------------------|---|---|---|--|--|
| | <p>5. Riesgo: Incumplimiento en atención de procesos, requerimientos y vencimientos de términos.</p> <p>5.1 Acciones Propuestas: Gestionar ante la Secretaría Administrativa el suministro y asignación del personal requerido. Responsable: Secretaría de Hacienda – Directora Grupo de Rentas</p> | <p>Indicador: Personal requerido/ Personal asignado.</p> | <p>Se contrataron 48 de las 38 personas requeridas para cumplir con la vigencia 2017, logrando un cumplimiento del indicador del 126%.</p> | <p>Se presentó requerimiento de 38 funcionarios de apoyo para cumplir con el plan de acción de la vigencia de 2017; se le asignaron 48.</p> | <p>El requerimiento de personal fue atendido, se sugiere se tenga en cuenta los perfiles requeridos. Se considera que esta dependencia debe contar con un grupo de personal de planta que garantice la sostenibilidad del procedimiento.</p> |
| | <p>6. Riesgo: Expedición de disponibilidades sin el lleno o alteración de requisitos.</p> <p>6.1 Acciones Propuestas: Revisión de los soportes anexos (según proceso) vs plazo de ejecución y tiempos de cada solicitud de disponibilidad presupuestal Responsable: Ordenación del gasto, Unidades ejecutoras, Director de Contratación y Director de Presupuesto</p> | <p>Solicitud de CDP con el lleno de los requisitos legales /total solicitudes expedidas</p> | <p>Se verificó la realización bimensual de auditorías a las solicitudes de RP para la vigencia 2017 con corte 31 de agosto, el soporte de las auditorias se encuentra en la carpeta de mapa de riesgos de corrupción de la dirección de presupuesto, en ellas se evidencia que las solicitudes contienen la totalidad de requisitos legales para la solicitud de los CDP Monitoreo y Revisión: Bimensual. Acción: Auditoria aleatoria a 20 trámites para revisar secuencia.</p> | <p>Durante el periodo evaluado se efectuaron dos auditorías (bimensuales) a los CDP expedidos por presupuesto, cuyo resultados fueron informados a través del Memorando 1031 042318 04/09/2017</p> | <p>Las muestras fueron tomadas aleatoriamente así: Auditoría mayo - junio del CDP 1910 a 1930. Auditoria julio-agosto del CDP 2402 a 2422. Donde se evidencio que todos cuentan con sus soportes legales para su expedición.</p> |



CONTROL INTERNO

| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICIINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
|------------------|---|---------------------|---|---|---|
| | <p>7. Riesgo: Expedición de disponibilidades sin el lleno o alteración de requisitos.</p> <p>7.1 Acciones Propuestas:</p> <p>Responsable: Ordenación del gasto, Unidades ejecutoras, Director de Contratación y Director de Presupuesto</p> | | <p>Se verificó la realización bimensual de auditorías a las solicitudes de RP para la vigencia 2017 con corte 31 de agosto, el soporte de las auditorias se encuentra en la carpeta de mapa de riesgos de corrupción de la dirección de presupuesto, en ellas se evidencia que las solicitudes contienen la totalidad de requisitos legales para la solicitud de los CDP.</p> | <p>Durante el periodo evaluado se efectuaron dos auditorías (bimensuales) a los RP expedidos por presupuesto, cuyo resultados fueron informados a través del Memorando 1031 042318 04/09/2017 Durante el periodo evaluado se efectuaron dos auditorías (bimensuales), cuyo resultados fueron informados a través del Memorando 1031 042318 04/09/2017</p> | <p>Las muestras fueron tomadas aleatoriamente así: Auditoría mayo - junio del RP 2400 a 2420. Auditoria julio-agosto del RP 3029 a 3049 donde se evidencio que todos cuentan con sus soportes legales para su expedición.</p> |

5.3 RIESGOS ADMINISTRATIVOS – SECRETARIA DE HACIENDA

A continuación se presentan los resultados de la verificación efectuada a los avances de los riesgos administrativos identificados en el proceso “Gestión Financiera” que opera la Secretaría de Hacienda y que fueron reportados en el formato de autoevaluación:

PROCESO GESTION FINANCIERA

| RIESGO | EVALUACION | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVACION-VERIFICACION |
|--|--|---|---|--|
| 1. IMPLEMENTACION DEL SOFTWARE. | Zona Baja | Reporte de avance en la implementación del software. Revisión periódica de la información registrada en el software hasta su pleno desarrollo. | Módulos integrados implementados/ Módulos programados implementados. La implementación del módulo de COBRO de impuesto predial e industria y comercio, otras multas y Multas de tránsito se encuentra en una avance general del 34,86% , del cual el 45,72% responsabilidad área de Cobro y del 24% de Informática. Como responsable se debe incluir la Dirección de Tesorería. | El riesgo está mal formulado, lo que se describió fue una acción, se requiere en su identificación hacer referencia a la falta de un software de cobro coactivo dentro de la plataforma del sistema de información de la entidad. No obstante se cuenta con un cuadro control que permitió determinar los porcentajes de avance. |
| 2. FALTA DE CONTINUIDAD DEL PROCEDIMIENTO DE COBRO COACTIVO | Zona Extrema. Este riesgo requiere un Plan de Contingencia. | Reorganizar los puestos de trabajo y dotar con equipos de oficina adecuados | Dotación suministrada/ Dotación requerida. No hay avance Como responsable se debe incluir la Dirección de Tesorería. | La dotación hace referencia a equipos, según verificación a la fecha de corte no le han dado nada de tecnología. |
| | | Solicitar Contratar personal de planta con sentido de pertenencia y responsabilidad | Personal de planta contratado/Personal Requerido. Hay un avance del 67% . Como responsable se debe incluir la Dirección de Tesorería. | Se requirieron 3 personas de planta y les ubicaron 2. |
| 3. ATRASO EN LAS CONCILIACIONES BANCARIAS | Zona baja. | Conciliación mensual de cuentas de gobierno municipal | Número de cuentas conciliadas/Total de cuentas bancarias. No se aplicó el indicador. | Aperturadas 199 cuentas: 119 están conciliadas a junio y 199 preconciliadas a julio. El informe está a julio de 2017, como resultado de los reportes que se |



CONTROL INTERNO

| RIESGO | EVALUACION | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVACION-VERIFICACION |
|---|----------------|--|--|--|
| | | | Evidencian con informe de julio que hay cuentas preconciadas y conciliadas y que a septiembre que se recogió la evidencia aún no se había hecho el cierre contable del mes de julio/2017. | Presentan mensualmente a la Directora de Tesorería. Favor mirar comentarios específicos en conclusiones del presente informe. |
| 4. SUSTRACCIÓN Y/O DAÑO DE DOCUMENTACIÓN. | Zona Alta. | Ampliar, adecuar y suministrar mantenimiento al archivo de Tesorería | Adecuación realizada/Adecuación requerida. Avance de 57.14% | Para controlar estas y otras actividades la directora del grupo de tesorería cuenta con un cuadro control donde registra la respuesta a los diferentes requerimientos. Con esta información se cuantificó el avance. |
| | | Garantizar el suministro necesario de implementos para el correcto manejo del archivo | Dotación suministrada/Dotación requerida Avance de 80% | |
| 5. INCUMPLIMIENTO DE COBRO DE TRIBUTOS. | Zona: Moderada | Adquirir insumos necesarios para la dependencia - Contratar servicio permanente de correo certificado y legalmente | Total Recaudo Ingresos Directos/Total Proyectado Ingresos Directos | Se interpreta que son dos acciones propuestas; el indicador no se aplicó y este debe ser pertinente para calcular el avance de las mismas. |
| 6. DISMINUCION DEL RECAUDO DE IMPUESTOS MUNICIPALES. | Zona: Moderada | Actualizar permanentemente y cruzar información con la base de datos de otras instituciones y dependencias. REGISTRO: Reporte mensual de cartera | NO.DE REPORTES REALIZADOS /REPORTES PROGRAMADOS Aplicando el indicador los reportes mensuales se presentaron en un 100%. | Los reportes de cartera se han presentado mensualmente. Pero estos no tienen nada que ver con la determinación del avance de la acción propuesta. |
| 7. ENVIO DE INFORMACION POR PARTE DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PARA SER AGREGADAS AL REPORTE CGN 2005. CON DESTINO A LA CONTADURIA GENERAL NACION | Zona: Moderada | Numero de Instituciones que reportaron / Número de instituciones reportantes. | Numero de Instituciones que reportaron / Número de instituciones reportantes. Se calcula un avance del 98%; puesto que en el último trimestre informado de 60 Instituciones Educativas a agregar a la Contabilidad del Municipio reportaron 59. | El riesgo está mal formulado se debe replantear. El control no es claro. |

CONTROL INTERNO

6. CONCLUSIONES

-La Secretaría de Hacienda presentó la autoevaluación de la Estrategia Anticorrupción y Atención al Ciudadano y del Mapa de Riesgos Administrativos dentro de la fecha señalada por la circular 026 de 24/08/2017.

Bajo la coordinación de la Contratista Ingeniera Industrial Viviana Viviana Posee Rodríguez, se logró dentro de los horarios y tiempos establecidos efectuar la verificación de los avances reportados en el informe de autoevaluación.

-La Secretaría de Hacienda, cuenta con un Comité de Evaluación, Seguimiento y Manejo de Riesgos; creado a nivel directivo y conformado por el Secretario y cada uno de los líderes de las unidades administrativas que conforman la Secretaría de Hacienda.

El Grupo opera individualmente, dependiendo si dentro de la matriz identificaron o no riesgos. No existen evidencias que soporten que los riesgos los hayan monitoreado a nivel de Comité.

- Los riesgos identificados por la Dirección de Tesorería relacionados con el Sistema de Información –Cobro Coactivo- deben ser formulados en el proceso “Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos” de la Dirección de Sistemas de la Secretaría Administrativa.

- Los riesgos administrativos 1 y 2 no solo son de responsabilidad de la Secretaría Administrativa e Informática, también son responsabilidad del líder del proceso de la Secretaría de Hacienda que lo formuló.

- En cumplimiento de la Políticas de Administración del Riesgo, los Mapas de Riesgos de Corrupción y Administrativos no han sido socializados con todos los funcionarios de la Secretaría.

- Aún se presenta dificultad en el personal para el aporte de evidencias, sobre todo en los casos en que la acción no cuenta con un indicador que defina el producto a obtener o porque para el mismo no se le han determinado estándares o parámetros de medición que permitan su aplicación.

- Los riesgos administrativos números 1 y 5 están mal formulados o planteados, ambos corresponden a acciones o actividades.

- El riesgo administrativo 2 se encuentra en zona extrema, pero no cuenta con su correspondiente plan de Contingencia.



CONTROL INTERNO

-Con respecto al riesgo “Atraso en las conciliaciones bancarias”, es un riesgo que ha sido identificado hace mucho tiempo, se ha venido monitoreando y actualmente se encuentra en una zona baja. Al respecto me permito hacer el siguiente comentario: La conciliación bancaria es un control del disponible, especialmente de los depósitos que se encuentran en las Entidades Financieras. Consiste en una confrontación entre las cifras reconocidas en la información financiera que se encuentra en los libros auxiliares y las reportadas por la entidad bancaria en los respectivos extractos. Partiendo de este concepto la conciliación es una sola y no podemos dentro de nuestro proceso contable adoptar un término de preconciliación para introducir dentro del mismo una serie de deficiencias generadas por falta de agilidad en los procesos, falta de experticia profesional para engranar una actividad con otra, autoridad para exigir a las entidades financieras, falta de políticas de operación para manejar el disponible, falencias en el sistema de información, demora en los cierres contables, etc.

El indicador para medir el avance del riesgo no es suficiente, puesto que, no basta con conciliar todas las cuentas de la entidad; se debe procurar es que todas estas cuentas conciliadas cuenten con el mínimo de partidas conciliatorias con una antigüedad hasta de un mes.

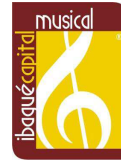
Los ajustes producto del proceso conciliatorio son un insumo periódico para el cierre del proceso contable y no lo contrario.

- Adicionalmente en los cuadros anteriores, se efectuó un comentario u observación individualizado a cada riesgo de corrupción o administrativo formulado para los procesos que opera la Secretaría de Hacienda.

7. RECOMENDACIONES:

** Los Mapas de Riesgos de los procesos que maneja la Secretaría se deben monitorear mínimo cada tres meses. Este trabajo permite conocer en forma oportuna si los responsables están llevando a cabo las acciones propuestas en las fechas programadas e identificar conjuntamente factores que pueden estar afectando de manera negativa la ejecución de las mismas.

** Se debe ser cuidadoso en la identificación de los riesgos, estos no deben ser el producto de trabajos a la ligera; hay que aplicar toda la metodología que se expone en las diferentes herramientas creadas por el DAFP para adelantar esta actividad, igualmente antes de enviarse a la Secretaría de Planeación el producto del trabajo debe ser socializado buscando efectuar ajustes si los requiere, resultados más productivos y de mayor impacto.



CONTROL INTERNO

** Los riesgos que tengan que ver con Sistemas de Información son del proceso “Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos” de la Secretaría Administrativa, estos riesgos una vez son identificados deben ser comunicados al líder de dicho proceso para que con ellos conjuntamente se formulen las acciones a implementar y se efectúe el respectivo seguimiento.

** Con respecto a los controles, si en el momento en que se identifica un riesgo no hay controles, la primera acción es implementarlos y en el diseño se deben tener en cuenta aspectos tales como: el responsable, la frecuencia, el objetivo, el procedimiento para aplicarlo, las desviaciones y la evidencia de ejecución del control. Esta metodología permite que el control actué de manera efectiva atacando las causas que originaron el riesgo.

** El Comité de Coordinación de Control Interno y la Secretaría de Planeación dentro de sus roles, deben asumir las funciones que les corresponde en este proceso, actualizando y/o dinamizando la aplicación de las políticas de administración del riesgo y promoviendo la eliminación o reducción de los riesgos mediante la definición de controles efectivos y oportunos que garanticen que los objetivos de la dependencia y por supuesto de la entidad sean alcanzados.

** Se deben adoptar políticas de operación relacionadas con las actividades del proceso contable, entre otras las siguientes: cuándo se hace el reconocimiento de los rendimientos financieros de los depósitos en cuentas bancarias?- ¿Qué se hace con hechos económicos que se suceden en un periodo y que son conocidos por el área contable después del cierre?- ¿Bajo qué sistema de información opera el proceso contable en la entidad?, etc.

** Cualquiera que sea el proceso decisorio en el que nos veamos involucrados debe estar determinado por la existencia de un conjunto general de valores dentro de una dimensión ética, que permita evidenciar que en el servidor público hay una adecuada congruencia entre lo que piensa, siente y hace.

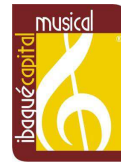
** Por último se reitera que estos informes deben darse a conocer a quien coordina la actividad en la dependencia, a los líderes de los procesos de competencia de la Secretaría y al Comité de Riesgos de la misma.

Cordialmente,

MAURICIO PULIDO CORRAL
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO
Elaboró Claudia Marcela Romero T.

**MONITOREO RIESGOS CORRUPCION – ADMINISTRATIVOS
Y ESTRATEGIA ANTITRAMITES
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
MUNICIPIO DE IBAGUE**

**SEPTIEMBRE
2017**



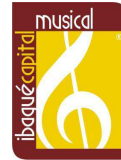
Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7



CONTROL INTERNO

TABLA DE CONTENIDO

| | Página |
|--|---------------|
| 3. INTRODUCCION | |
| 4. OBJETIVOS | |
| 2.1 General | 6 |
| 2.2 Especifico | 6 |
| 3 ALCANCE | 7 |
| 4 METODOLOGIA | 7 |
| 5 EVALUACION – OBSERVACIONES | |
| 5.1 Políticas de Administración del Riesgo | 7 - 9 |
| 5.2 Seguimiento a la Estrategia Anticorrupción y Atención al Ciudadano | 9 - 16 |
| 5.3 Riesgos Administrativos | 16 - 26 |
| 6. CONCLUSIONES | 27 - 28 |
| 7. RECOMENDACIONES | 28 - 30 |



1. INTRODUCCION

El Gobierno Nacional mediante el Decreto 1599 de 2005, adopta el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), como una herramienta de gestión a implementar y mantener en las entidades del Estado del orden nacional y territorial. Con el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014 se actualiza el Modelo determinando las generalidades y la estructura necesaria para establecer, implementar y fortalecer el Sistema de Control Interno en las entidades y organismos obligados a su implementación. Como parte integral de este Decreto se expide El Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno, de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades del Estado.

El nuevo modelo convierte los tres subsistemas de control en dos módulos que sirven como unidad básica para realizar el control de la Planeación y Gestión Institucional y por otro lado el control a la evaluación y seguimiento. Igualmente, a partir de esta modificación la información y comunicación se convierten en un eje transversal al Modelo.

Así las cosas, el Módulo de Control de la Planeación y Gestión busca agrupar los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión dentro de los cuales entre otros se encuentra la administración de los riesgos y el Módulo de Control de Evaluación y Seguimiento agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente de los resultados de la entidad, a través de sus diferentes mecanismos de verificación, evaluación y seguimiento.

Aunque los mapas de riesgos tanto administrativos como de corrupción, fueron formulados por los servidores públicos que operan los diferentes procesos de la entidad y las Políticas de Administración del riesgo diseñadas por el nivel directivo y aprobadas en Comité de Coordinación de Control interno; se hace necesario efectuar un monitoreo por parte de la Oficina de Control Interno, para determinar el cumplimiento de: políticas diseñadas, acciones correctivas y/o preventivas y fomento de una cultura de autocontrol que garantice una verdadera administración de los riesgos, mediante la retroalimentación y ajuste de los mapas por parte de los responsables de los procesos. Todo lo anterior encaminado a que estos instrumentos de gestión se conviertan en una verdadera herramienta gerencial.

El resultado del Componente de Administración del Riesgo del Módulo de Control de la Planeación y Gestión, que se midió a través de la Evaluación al Sistema de Control Interno con corte a 31 de diciembre de 2016; fue de 4.39 ubicándolo en un nivel de implementación satisfactorio, lo que no es congruente con los informes de



CONTROL INTERNO

seguimiento y monitoreo anual que produce la oficina de control interno. Estas situaciones se evidencian principalmente en la inobservancia para la aplicación de las políticas de administración del riesgo y en la poca asesoría y coordinación de la Secretaría de Planeación para la formulación de los Mapas de Riesgos Administrativos y de Corrupción por procesos en la entidad.

La Ley 1474 de 2011 en su artículo 73 y el Decreto 124 del 26 de enero de 2016, señalan que las entidades del orden nacional, departamental y municipal deberán elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano y que la metodología para construir esta estrategia está contenida en el documento “Estrategia para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano” versión 2 del año 2015, a cargo del Programa Presidencial de Modernización, Eficiencia, Transparencia y Lucha contra la Corrupción, -hoy Secretaría de Transparencia-.

En cumplimiento de la Ley 87 de 1993, la cual establece el ejercicio del Control Interno de obligatorio cumplimiento en toda la estructura administrativa; la Ley 1474 de 2011 “por medio de la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública” y su Decreto 2641 de 2012 por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474; la Oficina de Control Interno efectuó monitoreo a los Mapa de riesgos de corrupción y administrativos de la Secretaría Administrativa, en cumplimiento de su rol directo en la administración del riesgo y su programa de auditoría.

El Artículo 2.1.4.2 del decreto 124 de 2016, designa como metodología para diseñar y hacer seguimiento al Mapa de Riesgo de Corrupción de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el documento "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción".

El Decreto 1.1 0762 de 04/12/2008 en su artículo 5, indica: “La competencia para liderar el proceso de identificación del riesgos y conformación del Mapa de Riesgos por proceso, será responsabilidad del Secretario y/o director de cada dependencia, quienes conformarán y mantendrán el Comité de Riesgos, realizarán el monitoreo trimestral y generarán un informe de autoevaluación, que deberá ser socializado y remitido a la Oficina de Control Interno. A su vez el artículo 6 cita que la evaluación y seguimiento del Mapa de Riesgos Administrativos será responsabilidad de la Oficina de Control Interno.

El último monitoreo realizado por la Oficina de Control Interno a los riesgos administrativos se efectuó en septiembre de 2016 con corte a 31 de agosto del mismo año y a la Estrategia de Lucha contra la Corrupción y Atención al



CONTROL INTERNO

Ciudadano en mayo del año en curso con corte a 30/04/2017; actividades que culminaron con la presentación de los respectivos informes.

Con la Circular 1002.2017 00026 de 24 de agosto de 2017 se solicita a los Secretarios de Despacho, Jefe de Oficina Jurídica y Comité de Riesgos, remitir a más tardar el día 05/09/2017, los resultados de la autoevaluación con corte a 31 de agosto; sobre el avance o cumplimiento de las acciones correctivas y/o preventivas formuladas en los mapas de riesgos administrativos y de corrupción como medio para mitigar los riesgos identificados en los mismos. La Secretaria Administrativa con memorando 1040-042636 de 05/09/2017 entrega los avances realizados a la fecha de corte solicitada.

2. OBJETIVOS

2.3 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el cumplimiento o avance en la implementación de las acciones formuladas para prevenir la materialización de los riesgos administrativos y de corrupción de los procesos: Gestión del Servicio y Atención al Ciudadano, Gestión Documental, Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos Gestión del Talento Humano; a corte 31 de agosto de 2016. Igualmente efectuar seguimiento a la implementación y aplicación de las políticas de administración del riesgo por parte de los líderes de los procesos mencionados.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

2.2.1 Analizar el diseño e idoneidad de los controles, determinando si son o no adecuados para prevenir o mitigar el riesgo de los procesos.

2.2.2 Evaluar la adecuada administración del riesgo.

2.2.3 Sugerir correctivos y ajustes necesarios en la aplicación del procedimiento de administración del riesgo.

2.2.4 Propender por una cultura de autocontrol que conlleve a determinar el nivel de riesgo actual, una vez cumplidas las acciones correctivas.

2.2.5 Realizar seguimiento al cumplimiento de las acciones orientadas a prevenir o evitar los riesgos de corrupción y administrativos en cada unidad administrativa.



3. ALCANCE

Durante el periodo del 01 de septiembre de 2016 al 31 de Agosto de 2017, se evaluará el cumplimiento de las políticas y procedimientos de administración del riesgo, así como la implementación de las acciones preventivas o correctivas suscritas en el mapa de riesgos por procesos. Con este insumo se generará un informe que contendrá las respectivas observaciones y recomendaciones y que será presentado en Comité de Coordinación de Control Interno.

Igualmente, se verificara durante el periodo del 01 de mayo al 31 de agosto de 2017 el cumplimiento de las acciones propuestas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano, generando el respectivo informe.

Para la evaluación o verificación de la información se tomaron las autoevaluaciones allegadas a este despacho hasta el 05 de septiembre de 2017, fecha límite concedida por esta oficina para la presentación de las mismas.

4. METODOLOGIA:

Mediante la aplicación de técnicas de observación, comprobación, evidencia de documentos, mesas de trabajo, aplicación de cuestionarios y otros procedimientos, se llevó a cabo la verificación de los avances reportados por los líderes de procesos, prestando especial atención en el diseño, idoneidad y pertinencia de los controles formulados para mitigar el riesgo.

Se verificó la ejecución de actividades reportadas por los líderes de procesos de Gestión del Servicio y Atención al Ciudadano, Gestión Documental, Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos y Gestión del Talento Humano; como ejecutadas o con avance a fecha 31 de agosto de 2017 .

5. EVALUACION – OBSERVACION

5.1 POLITICAS DE ADMINISTRACION DEL RIESGO:

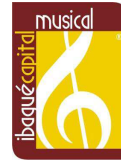
Las Políticas de Administración del Riesgo de la Alcaldía de Ibagué, se encuentran en el documento con Código: POL-MC-01. Versión 01 de fecha 11 de diciembre de 2015; revisado y aprobado por la Secretaría de Planeación Municipal.



CONTROL INTERNO

Con el objeto de evidenciar el cumplimiento de las Políticas de Administración del Riesgo se aplicó un cuestionario a los coordinadores de la actividad del cual se obtuvo los siguientes resultados:

- La dependencia cuenta con un Comité de Evaluación, Seguimiento y Manejo de Riesgos.
- El Mapa de Riesgos Administrativo no se encuentra en la página web de la entidad.
- Los coordinadores efectuaron siete (7) monitoreos a los diferentes procesos de la Secretaría que incluyeron revisión, formulación, reformulación, desarrollo de las metodologías etc. De estas actividades se cuenta con las respectivas actas.
- Como producto de los monitoreos y aplicación de la metodología vigente, se obtuvieron modificaciones que generaron actualizaciones en los Mapas de Riesgos de la Secretaría. Con respecto al Mapa de Riesgo de Corrupción las modificaciones fueron presentadas personalmente ante la Secretaría de Planeación donde surgieron diferencias de criterios en el tema relacionado con los controles. Para lo cual quedaron de elevar una consulta ante DAFP para aclarar este tema.
- La Dirección del Sisben de la Secretaría de Planeación identificó dos (2) riesgos en el Proceso de Recursos Físicos y Tecnológicos relacionados con el sistema de información; estos están siendo monitoreados conjuntamente con el coordinador de la Secretaría.
- Los Mapas de Riesgos Administrativo y de Corrupción no han sido socializados con todos los funcionarios de la Secretaría Administrativa.
- Los Riesgos que se encuentran en zona extrema no cuentan con un Plan de Contingencia donde las acciones a emprender o a implementar sean definidas por el Comité de Coordinación de Control Interno. En este punto es importante mencionar que algunos de esos riesgos a la fecha de evidenciar ya contaban con avance en las acciones formuladas las cuales fueron aceptadas.
- Los coordinadores manifiestan que conocen algunos apartes de las Políticas de Administración del Riesgo de la Entidad en la medida que han ido desarrollando sus objetos contractuales las han aplicado; pero no como parte de un proceso de socialización de la Secretaría de Planeación Municipal. Igualmente comentan que



CONTROL INTERNO

por el factor tiempo y el desarrollo de actividades del día a día al Comité de Evaluación y Seguimiento de cada proceso, se les han presentado inconvenientes para monitorear los riesgos identificados.

5.2 SEGUIMIENTO A LA ESTRATEGIA ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO – SECRETARIA ADMINISTRATIVA:

Con memorando 1040-2017-042636 de 05/09/2017, la doctora Andrea Aldana Trujillo, remite el avance producto de la autoevaluación realizada a doce (12) acciones de mejoramiento propuestas para ocho (8) riesgos de corrupción identificados en los cuatro (4) procesos que lidera la Secretaría Administrativa de la Alcaldía de Ibagué.

El siguiente cuadro muestra el número de riesgos de corrupción, la cantidad de acciones formuladas y los responsables de la ejecución de las mismas en cada uno de los procesos de la Secretaría:

| Proceso | Nro. Riesgos | Acciones Formuladas | RESPONSABLE |
|--|--------------|---------------------|--|
| Gestión de servicio al Ciudadano | 2 | 2 | Dirección de Talento Humano. |
| Gestión del Talento Humano | 2 | 2 | Dirección de Talento Humano. |
| Gestión Documental | 1 | 1 | Dirección de Recursos Físicos. |
| Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos | 3 | 7 | Directora del Grupo SISBEN, Director de informática, Director Grupo Recursos Físicos – Almacén |

La verificación se llevó a cabo en las fechas y horas señaladas bajo la coordinación de los contratistas: Yesica F Alba C, Felipe A Orozco C y Diego A Salguero A y con la participación de los servidores públicos: Mayerly Ospitia, Martha Vargas, Doris Galeano, Luz Mila Carvajal y los contratistas con funciones públicas: Carlos Chambueta, Ernesto Valderrama Restrepo y Camilo Ramírez.

A continuación se anexan los resultados obtenidos de la verificación y evaluación:



CONTROL INTERNO

| ENTIDAD: ALCALDIA DE IBAGUE AREA EVALUADA: SECRETARIA ADMINISTRATIVA PROCESO: Seguimiento cumplimiento acciones anticorrupción. AUDITOR: Claudia Marcela Romero Tole Periodo Evaluado: 01/05/2017 a 31/08/2017 Fecha evaluación: Septiembre de 2017 | | | SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO. Funcionario (s) que suministran la información: Coordinadores contratistas profesionales: Yesica Alba, Felipe Orozco y Diego Salguero. Proceso Gestión Documental: Luz Mila Carvajal y Carlos Chambueta. Proceso Gestión del Servicio y Atención al Ciudadano Magda Mayerly Ospitia Montoya. Proceso Gestión del Talento Humano: Martha Vargas. Proceso Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos: Doris Galeano, Camilo Ramírez y Ernesto Valderrama. | | |
|--|---|--|--|---|--|
| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
| GESTION DEL SERVICIO Y ATENCION AL CIUDADANO : Atender, orientar y evaluar la percepción del cliente interno y externo frente a los servicios prestados de la Administración Municipal de manera eficaz, eficiente y efectiva. | 1 Riesgo: Cobro por realización de un trámite. 1.1 Acciones Propuestas: Revisión aleatoria de los tramites, sensibilización a los funcionarios para que no realicen actos de corrupción, así mismo se deben aplicar las normas y sancionar a quienes las infrinjan, para que esto genere impacto entre los mismos funcionarios Responsable: Dirección de Talento Humano. | Indicador: [(N° de tramites revisados / N° Trámites programados) *100] = ((60/60)*100= 100% Registro: Actas de la revisión de los tramites | Se efectuaron 15 visitas mensuales de manera aleatoria a las diferentes dependencias de la Administración Municipal, para un total de 60 visitas, con el fin de realizar seguimiento a los trámites que se radican en las diferentes ventanillas de atención al ciudadano, las cuales fueron registradas a través de actas de visita llevadas a cabo por un funcionario de Atención al Ciudadano. | Se presentaron actas de revisión correspondiente a los meses de Mayo (Bienestar Social, Salud, Hacienda). Junio (Salud, Administrativa, Planeación y Rural). Julio (Planeación, Salud, Gobierno y Hacienda). Agosto (Bienestar Social, Salud, Hacienda y Apoyo a la Gestión). Los seguimientos fueron efectuados por un funcionario del proceso de Gestión del Servicio y Atención al Ciudadano. Con respecto al control es adecuado y pertinente, presenta desviaciones en la Plataforma PISAMI pero están siendo tratadas integralmente con los ejecutores de otros procesos. | Se debe instruir y dar claridad a quien efectúa la visita con respecto a que la muestra tomada debe corresponder a trámites y no a otro tipo de documento (informativo o pqr). Lo ejecutado se cumplió conforme a los programado quedando la evidencia en el registro señalado. En la Plataforma PISAMI es necesario diferenciar los trámites de la demás información. |



CONTROL INTERNO

| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
|--|---|---|---|--|--|
| <p>GESTION DEL SERVICIO Y ATENCION AL CIUDADANO : Atender, orientar y evaluar la percepción del cliente interno y externo frente a los servicios prestados de la Administración Municipal de manera eficaz, eficiente y efectiva.</p> | <p>2 Riesgo: Desconocimiento de los tramites, lo que conlleva a requerir dadas por parte del ciudadano para ejercer las funciones del servidor público.</p> <p>2.1 Acciones Propuestas: Procesos de selección, tener una planta profesionalizada y con méritos, capacitar de fondo a los servidores que atienden a los ciudadanos.</p> <p>Responsable: Dirección de Talento Humano.</p> | <p>Indicador: [(Número de capacitaciones programadas / número de capacitaciones realizadas)*100]; 100%.</p> <p>Registro: Convocatorias y listas de asistencia</p> | <p>1). Capacitación en el tema de mejoramiento del clima organizacional a través de estrategias orientadas a la optimización de la atención al ciudadano, la ética pública de los servidores públicos de la Administración Central Municipal, dirigida a todos los funcionarios realizada durante los días 2 y 16 de Junio, 7, 14, 21, 28 de Julio y 4 de agosto de 2017 en el Hotel Lusitana de la Ciudad de Ibagué, dictada por la Fundación IMAKAI</p> | <p>Con respecto a la acción se cumple lo programado. Se presentó como evidencia: convocatoria circular N°. 1040- 037 de mayo 26 de 2017, propuesta económica, acta de justificación, planillas de asistencia, formatos de evaluación a capacitadores). La agenda de la capacitación estuvo relacionada con los siguientes temas: atención al ciudadano, clima organizacional, ética pública. En la verificación se hizo énfasis que dentro del Servicios y Atención al Ciudadano se encuentra el manejo de los trámites en la entidad, y sobre estos es que se identificó el riesgo.</p> | <p>Para la próxima capacitación se sugiere que el tema sea la interiorización de los trámites que se manejan en la Alcaldía de Ibagué y la forma como se identifican dentro de la plataforma PISAMI. Con respecto al control hay que definir el objetivo del mismo para que este sea efectivo.</p> |
| <p>GESTION DOCUMENTAL: Administrar la documentación física de la entidad empleado la tecnología y los</p> | <p>1 Riesgo: Manipulación, ocultamiento, alteración o destrucción de un documento para beneficio económico o de cualquier otra índole.</p> <p>1.1 Acciones Propuestas: Seguimiento a la aplicación de los instrumentos y formatos archivísticos a</p> | <p>Indicador: N° Unidades administrativas visitadas/N° Unidades administrativas programadas. (4/4)*100= 100%.</p> <p>Registro:</p> | <p>Mediante cronograma de seguimiento se realizó la visita a las cuatro unidades administrativas faltantes, con lo cual se ha realizado a la totalidad de las dependencias de la alcaldía (46). Se consolidó en formato general la información recolectada. Se realizó visita a inspecciones y comisarías con el fin de verificar la aplicación de los instrumentos archivísticos.</p> | <p>Se adelantaron diversas actividades que aún no cubren el 100% del objetivo, seguimiento al uso de todos los formatos archivísticos diseñados para la entidad en todas sus unidades administrativas. Se había solicitado Plan de Contingencia, pero este no fue presentado. Se sugirió listar todos los instrumentos archivísticos con que cuenta</p> | <p>Se solicitó proyecto para adelantar esta actividad de forma inmediata a través de un Plan de Contingencia cuyas acciones a implementar deberán ser definidas por el Comité de Coordinación de</p> |



CONTROL INTERNO

| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICIINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
|---|--|---|---|--|---|
| Instrumentos de control para garantizar el acceso oportuno. | 20% de las unidades administrativas. Riesgo que se encuentra en zona extrema. Tanto el riesgo Inherente como el riesgo Residual. Responsable: Gestión Documental. | Formato aplicación de Instrumentos y formatos archivísticos | | La entidad y adoptar aquellos que aún hacen falta por implementar conforme a la normatividad, una vez hecho esto si efectuar las visitas para determinar las unidades administrativas que están o no están haciendo uso de los instrumentos archivísticos. | Control Interno, con la asesoría de los líderes del proceso de Gestión Documental. |
| Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos. | Riesgo 1: Manipulación de la información para beneficio propio o de un tercero. Acciones propuestas: | | | | |
| Brindar con oportunidad, eficiencia y eficacia apoyo logístico y tecnológico a la Administración Central, contribuyendo a la gestión de los procesos y al logro de los objetivos institucionales. | 1.1 Divulgación política de acceso. Responsable: Informática. | Circulares (1 por trimestre), | Se emitió *Circular 0007 del 21 de marzo de 2017, dirigida a Secretarios de Despacho, Jefes de Oficina, Directores y demás servidores públicos, sobre Política de accesos a los sistemas de información. * Circular 0008 del 21 de marzo de 2017, dirigida a Secretarios de Tránsito y Transporte, Salud, Educación, Planeación, sobre Políticas de Seguridad de la Información. *Circular 1043 2017 00014 31/07/2017 sobre Políticas para uso de Internet. | La última Circular emitida fue la 014 de 31/07/2017, relacionada con las políticas de uso de Internet, igualmente en forma permanente se reitera la aplicación y observancia de las circulares ya proferidas. | Las políticas de seguridad informática de la Alcaldía de Ibagué, se vienen divulgando desde que fueron implementadas. |



CONTROL INTERNO

| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
|--|---|--|--|--|--|
| <p>Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos.</p> <p>Brindar con oportunidad, eficiencia y eficacia apoyo logístico y tecnológico a la Administración Central, contribuyendo a la gestión de los procesos y al logro de los objetivos institucionales.</p> | <p>1.2 Revisar y complementar los logs de auditoría de PISAMI.</p> <p>Responsable: Informática</p> | <p>Acta de revisión y acta de ajuste de código</p> | <p>En la Plataforma Pisami se cuenta con los logs de auditoría del Sistema Financiero y Nómina.</p> | <p>Se cuenta con un informe a la Directora de Sistemas donde se le comunica los avances en la implementación de los Logs de Auditoría del Sistema Financiero que incluye Tesorería, Presupuesto y Contabilidad y el de Nómina. Con respecto a los Sistemas de Información cuentas con Log de auditoría: Salud, Sisben, Sofcon, Pisami y Educación.</p> | <p>Aún no se evidencia el Log de Auditoría de la Secretaría de Tránsito. Se soporta la evidencia con el Informe sobre el Esquema de Auditoría Plataforma Integrada de Sistemas de la Alcaldía de Ibagué.</p> |
| | <p>1.3 Implementación auditoria de Oracle en PISAMI</p> <p>Responsable: Informática</p> | <p>Acta de implementación</p> | <p>Se realizó la implementación de la auditoría propia del motor de base de datos Oracle. Esta se efectúa sobre las tablas principales de cada esquema para los eventos de UPDATE</p> | <p>La auditoría de Oracle se ha venido implementando a través de diferentes actividades, una es al aplicativo y la otra es automática en la base de datos.</p> | <p>Se cuenta con Informe de Esquema de Auditoría Plataforma Integrada de Sistema de la Alcaldía de Ibagué.</p> |
| | <p>1.4 solicitar que todos los sistemas de información de la Entidad tengan implementado el log de auditoría, solicitar que todos los sistemas de información de la entidad cumplan con la política y controles de acceso a la información</p> <p>Responsable: Informática</p> | <p>Memorandos</p> | <p>* Se emitió Circular 0008 del 21 de marzo de 2017, dirigida a Secretarios de Tránsito y Transporte, Salud, Educación, Planeación. Relacionada a; Políticas de Seguridad de la información. 21/03/2017</p> | <p>El requerimiento presentado a través de la Circular 008 de 21/03/2017 fue atendido por cinco de los representantes de los seis sistemas de información que operan en la Alcaldía de Ibagué.</p> | <p>Como resultado de la verificación efectuada se concluye que no se evidencia el log de auditoría de la Secretaría de Tránsito; actividad que queda pendiente.</p> |



CONTROL INTERNO

| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
|--|---|---------------------|--|---|--|
| <p>Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos.</p> <p>Brindar con oportunidad, eficiencia y eficacia apoyo logístico y tecnológico a la Administración Central, contribuyendo a la gestión de los procesos y al logro de los objetivos institucionales.</p> | <p>1.5 Realizar Auditoría trimestrales a 30 fichas socioeconómicas vs el sistema, seleccionadas aleatoriamente.</p> <p>Responsable: Sisben</p> | Informes | Se realizó las auditorías a las 120 fichas de manera aleatoria; de estas 90 presentaron inconsistencias las que fueron depuradas con el equipo de digitadores. | Como el registro son los informes presentaron los de mayo, junio y julio en las siguientes fechas: 05/06/2017, 06/07/2017 y 15/08/2017 respectivamente. El de la auditoría de agosto se estaba elaborando a la fecha de verificación de la evidencia. | El trabajo consiste en verificar lo registrado o diligenciado en la ficha física con lo cargado de la misma en el sistema. Las inconsistencias se van corrigiendo de manera inmediata dejando un registro de la causa que las originó. |
| | <p>2. Riesgo: Tráfico de influencias (amiguismo, clientelismo) para gestionar trámites por un beneficio propio económico o de un particular.</p> <p>2.1 Acción Propuesta:</p> <p>Verificación de tiempos de respuesta.</p> <p>Responsable:</p> <p>Sisben</p> | Informes | <p>[(Cantidad de quejas tramitadas / Total quejas radicadas)*100];</p> <p>[(180/240)*100]= 75%. Se realizaron las verificaciones de los tiempos de respuesta a los diferentes tipos de trámites que se efectúan en el SISBEN. Se generó un informe desagregado por cada mes, y por cada tipo de trámite: Retiro de ficha, Retiro de hogar, Modificación ficha, Retiro persona, Encuesta nueva e Inclusión persona. A partir de mayo se dobló el número de registros utilizados como muestra para cada uno de los trámites (10 registros) conforme a lo recomendado por la auditora en verificación anterior.</p> | Se efectuaron los seguimientos mensuales por lo que se reporta avance; pero no se ha hecho un comparativo con la hoja del trámite para revisar si los tiempos de respuesta son los definidos en el mismo o no. Los informes de mayo, junio, julio y agosto fueron presentados de la siguiente manera: 24/04/2017, 20/06/2017, 09/08/2017 y 06/09/2017 respectivamente. No todos los trámites que adelanta el Sisben están documentados y cuentan con su hoja de vida. | Se solicita Plan de Contingencia inmediato para este riesgo. El control formulado "Control de términos de respuesta", está bien formulado y es pertinente; pero no se está aplicando de manera efectiva. Las desviaciones al control formulado se presentan a principio de año por la falta de personal en la dependencia. |



CONTROL INTERNO

| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICIINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
|--|--|----------------------------------|---|--|--|
| <p>Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos.</p> <p>Brindar con oportunidad, eficiencia y eficacia apoyo logístico y tecnológico a la Administración Central, contribuyendo a la gestión de los procesos y al logro de los objetivos institucionales.</p> | <p>3. Riesgo: Peculado por uso o por aplicación oficial diferente de los bienes del municipio.</p> <p>3.1 Acción Propuesta: Divulgación de la políticas</p> <p>Responsable: Almacén y Recursos Físicos</p> | <p>PISAMI Circulares (2)</p> | <p>100%.1). Memorando # 23260 del 22 de mayo de 2017, a la secretaría de educación, en relación al nuevo requerimiento de verificación de inventario Biblioteca virtual "Alfonso Viña Calderón". 2). Comunicación a los funcionarios con circular 1040-046 de 02-08-2017 sobre directriz de comunicar permanentemente al Almacén General, sobre cualquier traslado de bien mueble ó equipo dentro o fuera de las diferentes sedes de la Alcaldía municipal. 3). comunicación con circular 1040-047 del 31-08-17 en relación al manejo fisco de los bienes que son considerados inservibles en cada una de las dependencias. 4) Se oficializaron memorando a diferentes dependencias relacionados a los siguientes asuntos; a).Verificación de elementos a cargo del funcionario en el almacén general: 24. b) Notificación de traslado de dependencia: 9. c) Traspaso de responsabilidad bienes a cargo del funcionario en inventario individual: 2 (Los memorando reposan en la carpeta.</p> | <p>Se han generado diversos documentos entre memorandos y circulares relacionados con: verificación de inventarios Biblioteca Virtual, Comunicación permanente de traslados, manejo físico de los bienes inservibles, verificación de elementos a cargo de los funcionarios, notificación de traslados de dependencias, traspaso de responsabilidad bienes a cargo, etc.</p> | <p>El control es efectivo se está llevando a cabo a través de los diferentes manuales e instructivos implementados por el almacén.</p> |



CONTROL INTERNO

| PROCESO Y OBJETO | N. RIESGO. ACCIONES PROPUESTAS. RESPONSABLE. | INDICADOR. REGISTRO | AUTOEVALUACION DE LA DEPENDENCIA RESPONSABLE | EVALUACION OFICINA DE CONTROL INTERNO | COMENTARIOS Y OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|--|---|
| GESTION DEL TALENTO HUMANO. Administrar el talento humano de la Alcaldía de Ibagué a través de la vinculación, permanencia y retiro, para el desarrollo de competencias en el servidor público. | 1. Riesgo: Direccionamiento de los encargos sin el cumplimiento de requisitos establecidos por la norma. 1.1 Acción propuesta: Aplicar las directrices de la CNSC Responsable: Dirección de Talento Humano | Número de encargos realizados con el cumplimiento de los requisitos / Total de vacantes. Acta de revisión de Control realizado y los Actos administrativos | Durante este corte no se presentaron encargos en la entidad, sin embargo cuando este proceso se otorga, se procede a dar cumplimiento a lo establecido en la Ley 909 de 2004 y resolución N° 1000-0226 de 2016. | En el periodo evaluado no se realizaron encargos. Se propone replantear el control, puesto que cuentan con la Resolución para llevarlo a cabo. Tener en cuenta que el registro es donde queda documentada la evidencia de que se efectuó la acción propuesta y en este caso hablan de actas y actos administrativos. | La Resolución 1000 0226 de 2016, se implementó con el objeto de establecer un control al procedimiento administrativo de encargos- |
| | 2. RIESGO: Documentación falsa o incompleta Presentada por el personal de planta o de contrato sin el lleno de requisitos. 2.1 Acción propuesta: Verificación de la documentación presentada. Responsable: Dirección de Talento Humano | {[Número de documentos revisados/ total de posesiones presentadas]* 100 Historias Laborales | {[Número de documentos revisados/ total de posesiones presentadas]*100};[(9/9)*100] = 100%.Para este cuatrimestre se nombraron 9 servidores públicos: Se verificaron los documentos al momento de su posesión, cumpliendo con los requisitos exigidos por la norma. Se ofició a las instituciones educativas y universidades con el fin de validar los estudios presentados por los posesionados. | En el periodo evaluado se posesionaron 9 servidores públicos 1 director, 1 secretario de despacho, 1 jefe oficina, 2 conductores, 2 corregidores y 2 auxiliares administrativos. Se les verificaron los documentos con la lista de chequeo establecida para ejercer control a este procedimiento. El control se está aplicando a través de la lista de chequeo que contiene todos los requisitos de posesión. | Adicional a la lista de chequeo se efectuó verificación a estudios superiores con las universidades que certificaban sus títulos de pregrado. Esta actividad se continuará haciendo. Hay un control efectivo al riesgo formulado. |

5.3 RIESGOS ADMINISTRATIVOS – SECRETARIA ADMINISTRATIVA

El siguiente cuadro muestra el número de riesgos administrativos, las acciones formuladas y los responsables de la ejecución de las mismas en cada uno de los procesos que opera la Secretaría Administrativa:

| Proceso | Nro. Riesgos | Acciones Formuladas | RESPONSABLE |
|--|--------------|---------------------|--|
| Gestión de servicio al Ciudadano | 1 | 3 | Dirección de Talento Humano. |
| Gestión del Talento Humano | 2 | 7 | Dirección de Talento Humano. |
| Gestión Documental | 1 | 2 | Dirección de Recursos Físicos. |
| Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos | 8 | 23 | Directora del Grupo SISBEN, Director de informática, Director Grupo Recursos Físicos – Almacén |

La verificación se llevó a cabo en las fechas y horas señaladas bajo la coordinación de los contratistas: Yesica F Alba C, Felipe A Orozco C y Diego A Salguero A y con la participación de los servidores públicos: Mayerly Ospitia, Martha Vargas, Doris Galeano, Luz Mila Carvajal y los contratistas con funciones públicas: Carlos Chambueta, Ernesto Valderrama Restrepo y Camilo Ramírez.

A continuación se presentan los resultados de la verificación efectuada:

PROCESO GESTION DEL TALENTO HUMANO

| RIESGO | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVA-CION-VERIFICACION |
|---|--|--|---|
| <p>1. Deficiencias en el desarrollo de las competencias laborales del servidor público. Zona alta.</p> <p>Control: Planeación, ejecución y seguimiento del</p> | 1.1 Actividades recreativas, culturales y deportivas | $((N^{\circ} \text{ Eventos ejecutados}/N^{\circ} \text{ eventos programados}) * 100)$; $[(4/4) * 100] = 100\%$. 1). 06 mayo a 17 junio de 2017, se llevaron a cabo los juegos de integración deportiva. 2) 8 marzo 2017, Día de la Mujer. 3). 28 abril 2017, Celebración día de la Secretaría (Desayuno, show musical, detalles). 4). 8 julio 2017 Actividades de integración familiar (Ambient feria de pueblo, actividades | Efectivamente estas actividades fueron programadas y ejecutadas en el tiempo establecido. Cada actividad cuenta con un expediente donde reposan los respectivos listados de asistencia y registros fotográficos. El control se está llevando a cabo con la ejecución y cumplimiento al cronograma proyectado. |



CONTROL INTERNO

| PIC (Plan Institucional de | | relacionadas con el código de ética, concursos, lúdica). | |
|---|---|---|---|
| RIESGO | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVA-CION-VERIFICACION |
| Capacitación) y Sistema de Estímulos Responsable: Secretaría Administrativa-Dirección de Talento Humano. | 1.2 Elaboración de la matriz del Plan institucional de capacitación | 1). Decreto 1000-1096 del 24 Octubre de 2016 ("Por el cual adopta el plan institucional de capacitación Julio 2016 hasta Julio 30 de 2020 para el nivel central de la administración municipal de Ibagué). 2). Matriz del PIC (Documento en Excel).100%. | El PIC está adoptado por Acto Administrativo para cuatro años, pero la matriz que hace parte del mismo debe ser actualizada anualmente con los Proyectos de Aprendizaje necesarios e identificados por los mismos servidores públicos a través de los distintos enlaces de cada dependencia. |
| | 1.3 Desarrollo de las capacitaciones de acuerdo a las prioridades | [(N° de capacitaciones realizadas/N° de capacitaciones programadas para la vigencia 2017)*100]; (34/61)*100= 55,73%. 1). Se han realizado 34 capacitaciones en diferentes temas, de acuerdo a las necesidades y prioridades establecidas en el PIC (La información reposa en el archivo Excel denominado seguimiento PIC 2017). | Efectivamente las capacitaciones se han venido desarrollando conforme a las prioridades establecidas en la matriz y teniendo en cuenta la disponibilidad del recurso. De todas ellas se tiene un expediente que evidencia la apropiación presupuestal, identificación del proveedor, asistencia, cumplidos, socialización, etc. |
| | 1.4 Evaluación de impacto de las capacitaciones | La evaluación de impacto se realiza finalizando el año, de acuerdo a las capacitaciones desarrolladas a los funcionarios públicos. Evaluación desarrollada por los jefes inmediatos, de acuerdo a las directrices establecidas por la dirección de talento humano. | Dentro del cronograma se señala que se hace anual, finalizando el año. El impacto de la capacitación es el efecto o lo que le aporta al servidor público el aprendizaje adquirido para desempeñarse en su puesto de trabajo y contribuir de manera efectiva al logro de los objetivos institucionales. |
| 2. Perdida de información de los expedientes disciplinarios. Zona baja | 2.1 Levantamiento de pruebas | Relación de Procesos; 1). Procesos en indagación preliminar; 28. 2). En investigación; 2. 3). En inhibitorio; 22. 4). Art. 51; 2. 5). Art. 75; 1. 6). Comité de convivencia; 1. 100% | Cada expediente contiene una lista de chequeo que es una hoja de ruta que muestra las actuaciones, la fecha y la persona que ha intervenido en el mismo. Con corte a 31/08/2017 se cuenta con los expedientes disciplinarios y el estado reportado. |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|--|---|--|--|
| Control: Control y seguimiento en la entrega, firma, recepción y custodia de los expedientes | 2.2 Entrega del proceso disciplinario para análisis y firma de los (as) operadores (as) | Relación de firmas en libro radicador; 1). 305 procesos subieron para firmas. Relación de recepción de quejas en libro radicador; 2). 110 quejas recibidas; 56 tramitadas; 54 para | Cuentan con un libro radicador donde relacionan los procesos o expedientes disciplinarios que traen para la firma, esta actividad la está haciendo directamente la asesora del grupo. |
| RIESGO | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVA-CION-VERIFICACION |
| disciplinarios por parte de las operadoras y profesionales encargados. | | Evaluación. 1). 100%. 2). 50,9% | |
| Responsable: Secretaría Administrativa- Dirección de Talento Humano. | 2.3 Alimentación de la base de datos general de los procesos disciplinarios de la administración municipal. | Procesos alimentados a la base de datos general; 1). Procesos en indagación preliminar; 28. 2). En investigación; 2. 3). En inhibitorio; 22. 4). Art. 51; 2. 5). Art. 75; 1. 6). Comité de convivencia; 1. 100% | Cuentan con una base de datos estructurada por años, operada por una servidora pública de planta que registra toda la información del expediente y los mantiene actualizado conforme a las actuaciones que se ejecuten sobre el mismo; esta actividad se viene ejecutando diariamente. |

PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL

| RIESGO | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVACION-VERIFICACION |
|---|--|---|--|
| <p>1. Deficiencia en la preservación del acervo documental de la alcaldía municipal de Ibagué.</p> <p>Zona Extrema</p> <p>Control: 1.1. Diagnóstico de archivos de Gestión. 1.2 Planes de Mejoramiento por</p> | 1.1 Realizar los diagnósticos de archivos de Gestión de las unidades administrativas faltantes | 1). Se realizó la visita a las 4 dependencias faltantes de las 46 que integran la alcaldía. Se registró la aplicación de las tablas de retención documental, elaboración de inventarios y registro de la hoja de control en los expedientes. 2). Se realizó visita a las inspecciones y comisarías, sobre la aplicación de los instrumentos archivísticos. 100% | <p>Para este riesgo se solicita presentar plan de Contingencia de forma inmediata, para presentarse en Comité de Coordinación de Control Interno.</p> <p>Con respecto al seguimiento de los Planes de Mejoramiento por unidades administrativas, es decir, la segunda acción propuesta; esta hacía referencia a la visita del AGN en el año 2014, sin embargo ya se identificaron otros hallazgos producto de una nueva visita; y como al respecto no se ha efectuado ninguna acción, se sugiere se consoliden estos</p> |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|---|--|---|---|
| unidades administrativas, de acuerdo a las falencias presentadas durante la visita de inspección, control y vigilancia del AGN. | | | en un solo Plan de Mejoramiento para cada unidad administrativa. Las acciones se deben replantear y formular algunas que contemplen la asignación de recursos a ser invertidos razonablemente y que permitan evidenciar mejoras en el proceso. |
| RIESGO | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVACION-VERIFICACION |
| Responsable: Secretario Administrativo | 1.2 Seguimiento a los planes de mejoramientos por unidades administrativas, donde se presentaron falencias durante la visita de inspección, control y vigilancia del AGN | Se dará inicio a las visitas durante los últimos 4 meses del año, mediante la programación de visitas, seguimiento y solicitud de presentación de informes de avances en los hallazgos. | Riesgos similares a este generados en el proceso de Gestión Documental y ubicados en zona extrema han sido formulados en periodos anteriores; pero no han sido atendidos como es debido en forma inmediata y a través de un Plan de Contingencia con acciones propuestas y aprobadas en Comité de Coordinación de Control Interno.. |

PROCESO DE GESTION DE RECURSOS FISICOS Y TECNOLOGICOS

| RIESGO | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVACION-VERIFICACION |
|-------------------------------|---|---|--|
| 1. Colapso Informático | 1.1 Implementar el active directory (1) | Licencia. Indicador de seguridad de la red: Número de usuarios controlados/Número de usuarios autorizados *100 La Acción está vigente. No se ha iniciado el proceso contractual hasta tanto se adquiera el servidor. | No se ha iniciado el proceso contractual para la compra. Primero se debe adquirir el servidor. El cronograma para la ejecución de la actividad está proyectada hasta el 31/12/2017. Se sugiere revisar esta actividad, puesto que ya estamos al borde de terminar la vigencia. |
| | Zona Alta Control: Servicio de directorio en red (Active Directory), | 1.2 Divulgación políticas de Seguridad (2 actividades) | Circulares, listados de asistencias. Indicador de cumplimiento= No. de difusiones políticas de seguridad/Difusiones de políticas de seguridad programadas*100. (2/2)*100=100% Circular 007, 008, 0012,0014 y capacitación. 21/03/2017, , |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|---|---|--|---|
| Firewall, Políticas de Seguridad | | 15/05/2017,31/07/2017,24/8/2017 y 31/08/2017. | |
| | 1.3 Monitoreo Políticas de seguridad de disponibilidad del servicio (1) | Informe. Indicador de cumplimiento= Políticas monitoreadas/No.políticas de disponibilidad del servicio adoptadas *100. (5/5)*100=100% Informe monitoreo política de acceso a internet. 29/07/2017. | Se efectuó monitoreo a la política de uso de internet por aplicaciones y secretarías del 13 al 24 de julio. Los resultados de este, se presentaron el 29/07/2017 y ha permitido a la fecha implementar en forma oportuna acciones correctivas. |
| RIESGO | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVACION-VERIFICACION |
| Responsable: Director Grupo de Informática. | 1.4 Administración de firewall | Firewal. Indicador de cumplimiento: Número de políticas y controles de seguridad aplicadas /No. políticas y controles de seguridad relacionadas con el firewall*100. (2/2)*100=100 Creación de usuarios según rol, monitoreo de trafico de aplicaciones, circular 0014 y memorando 038183 del 14/08/2017. | Firewal es la aplicación que controla el tráfico de internet, tanto la entrada como la salida. Hay dos políticas: 1. La administración de usuarios. 2. Control de Internet. A través de ellas se crean usuarios, se establecen permisos y restricciones. El proveedor de esta aplicación es la ETB. |
| 2. Fraude Informático | | Indicador de cumplimiento= No. de copias externas realizadas/No. de copias de seguridad externas program. (8/8)*100=100% Copias externa de enero y febrero enviadas al Banco Popular para custodia, oficio 04982 del 31/01/2017, 5072 del 01/02/2017, externas de marzo a julio bajo la custodia de la directora de informática en espera del contrato de almacenamiento en la nube, y en agosto 31/2017 enviadas a INFIBAGUE oficio 067303. | El almacenamiento en la nube se ejecutará a través del Contrato 1837 de 15/09/2017 con Colombiana de Telecomunicaciones, para una capacidad de almacenamiento de 12 GB. |
| Zona Alta Control: Backup y Políticas de seguridad | 2.1 Copias de seguridad externas Mensuales (1 por mes) | | |
| Responsable: Director Grupo de Informática. | 2.2 Monitoreo Políticas de seguridad de control de accesos (1) | Acción vigente. Indicador de cumplimiento= Políticas monitoreadas/No.políticas de disponibilidad del servicio adoptadas *100 | Dentro del cronograma esta acción aún está vigente para su cumplimiento. |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|--|--|--|--|
| 3. Pérdida total o parcial de la información Zona Alta Control: Backup y Políticas de seguridad, Mantenimiento Preventivo (antivirus) | 3.1 Plan de copias de seguridad (1) | Plan de copias. Indicador ejecución plan de copias = Copias de respaldo realizadas/ Copias de seguridad programadas (7/9)*100=78% | A pesar de diversos requerimientos Salud y Tránsito no mandan las copias de seguridad. Esta acción hace referencia a las copias de seguridad internas. |
| | 3.2 Copias de seguridad externas Mensuales (1 por mes) | Indicador de cumplimiento= No. de copias externas realizadas/No. de copias de seguridad externas program. (8/8)*100=100% Copias externa de enero y febrero enviadas al Banco Popular para custodia, oficio 04982 del 31/01/2017, 5072 del 01/02/2017, externas de marzo a julio bajo la custodia de la directora de informática en espera del contrato de | El almacenamiento en la nube se ejecutará a través del Contrato 1837 de 15/09/2017 con Colombiana de Telecomunicaciones, para una capacidad de almacenamiento de 12 GB. |
| RIESGO | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVACION-VERIFICACION |
| Responsable: Director Grupo de Informática. | | almacenamiento en la nube, y en agosto 31/2017 enviadas a INFIBAGUE oficio 067303. | |
| | 3.3 Monitoreo Políticas de Generación y Restauración Copias de Seguridad (1) | Acción vigente. Indicador de cumplimiento= Políticas monitoreadas/No.políticas de disponibilidad del servicio adoptadas *100 | Dentro del cronograma esta acción aún está vigente para su cumplimiento. |
| | 3.4 Brigada de mantenimiento de antivirus, en trece secretarías | Brigada de actualización de antivirus. % de ejecución plan de mantenimiento antivirus= No. de Secretarías con antivirus actualizados/No. de secretarías. ((13*100)/14)=93%. | De mayo hasta septiembre de 2017, se adelantaron las brigadas de actualización antivirus faltando solo las inspecciones de la Secretaría de Gobierno. Hay listados firmados por los servidores que recibieron el servicio. |
| | 3.5 Adquisición licencias antivirus (150) | Acción vigente. Número de licenciamiento de antivirus= No. de antivirus licenciado instalado/No. de licencias de antivirus programado adquirir. | Dentro del cronograma esta acción aún está vigente para su cumplimiento. Se encuentra en proceso precontractual. |
| 4. Perdida física de Equipos de Cómputo e Impresoras. | 4.1 Plan de mantenimiento preventivo (1) | Formulación y ejecución Plan de mantenimiento preventivo -Servicios técnicos. % ejecución plan= No. de servicios de mantenimiento preventivo realizado/No. de mantenimientos programados. | Reposan formatos firmados por los servidores que recibieron en sus equipos los servicios de mantenimiento preventivo. De los 558 programados se han llevado a cabo 259 que equivalen al 47%. |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|---|--|---|--|
| Zona Alta | | $((259*100)/558)=47\%$ | |
| Control: Mantenimiento instalaciones eléctricas e infraestructura física, Mantenimiento preventivo, políticas de seguridad | 4.2 Divulgación políticas de seguridad de adquisición y Mantenimiento de Software y Hardware (1) | Indicador de cumplimiento= Políticas monitoreadas/No.políticas de disponibilidad del servicio adoptadas *100. | Acción que con corte a 31/08/2017 está en ejecución, posteriormente se evidenció la Circular 1043 2017 00018 de 13/09/2017, relacionada con el tema. |
| | 4.3 Solicitud de mantenimiento red eléctrica (1) | Sin ejecución aún vigente. Indicador de cumplimiento= No. de solicitudes enviadas/No.solicitudes programadas*100 | Sin ejecución; aún se encuentra vigente en el cronograma.01/06/2017 a 31/12/2017. |
| | 4.4 Mantenimiento UPS (1) | Contrato e informe de supervisión. Indicador de cumplimiento= No. de Mantenimientos UPS realizadas/No. de Mtos UPS Programadas. Conforme al cronograma. Circular 0016 24/08/2017. $(15/45)*100=33.33\%$ | Esta actividad se está ejecutando conforme al contrato 1500 del 27/07/2017, son 15 ups y se proyectan tres mantenimientos para cada una es decir cuarenta y cinco. |
| | | | |
| RIESGO | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVACION-VERIFICACION |
| Responsable: Director Grupo de Informática. | | Contrato 1500/: "servicio de diagnóstico, mantenimiento preventivo y correctivo sin repuestos para las ups de propiedad de la administración central". Se ha realizado un mantenimiento en la ejecución del cto a la totalidad de las ups (15), | A la fecha de corte habían efectuado un mantenimiento a las quince ups con que cuenta la administración municipal. |
| 5. Deterioro parcial y/o total de las fichas de clasificación socioeconómicas Control: Contar con un sitio adecuado para el almacenamiento de documentos de | 5.1 Supervisión física por parte de los archivistas, en los documentos que existen en el archivo central | Se realiza la supervisión de las fichas y/o sobres que se encuentran almacenadas en el archivo central y deben ser restituidos. El coordinador genera informe mensual. $4995/5622=88.8\%$. | No se informa el nombre del indicador ni las variables que lo conforman. Señalan que se han supervisado 5622 fichas que han tenido movimiento en lo corrido del año y que de ese total se restauraron 4995. La información se tomó de los informes mensuales que se vienen presentando a la directora del grupo desde marzo de 2017. |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>archivo. Revisión y corrección de fichas de archivo que se encuentran en mal estado.</p> <p>Zona: Baja</p> <p>Responsable: Dirección Grupo del Sisben</p> | <p>5.2 Restitución de sobres, fichas y cajas deterioradas</p> | <p>El personal de archivo restituye los sobres de las fichas que por deterioro requieren ser sustituidos. Actividad que se realiza permanentemente. $750 / 800 = 93\%$</p> | <p>En este punto hubo fue restitución de cajas. Producto de los informes de supervisión se detectó que 802 cajas se encuentran en mal estado y de estas fueron restituidas 750. No se informa el nombre del indicador ni las variables que lo conforman.</p> |
| | <p>5.3 Arreglo locativo para impedir la filtración de humedad, mantenimiento y reparación de la estantería y los rieles que soportan los archivos</p> | <p>Se han generado los arreglos pertinentes por parte de la oficina de Recursos Físicos desde diciembre de 2016. $2 / 2 = 100\%$. De esta acción no se aportaron evidencias.</p> | <p>No se aportó ningún tipo de soporte que sustente la reparación efectuada en las instalaciones locativas donde opera la oficina del Sisben. No se acepta el avance reportado.</p> |
| <p>6. Error en el diligenciamiento de las fichas socioeconómicas.</p> <p>Control: Supervisión de una muestra del 20% de las encuestas procesos de crítica</p> | <p>6.1 Auditoria interna a las fichas de clasificación socioeconómica</p> | <p>Se realizan auditorías a las fichas de clasificación socioeconómicas. Esta actividad se le aplica al 100% de las encuestas efectuadas. $2326/2326=100\%$. Marzo 286, abril 137, mayo 482, junio 603, julio 440 y agosto 378.</p> | <p>No se identifica el indicador ni las variables que lo conforman.</p> <p>En la fecha de verificación para determinar el avance o cumplimiento de las dos acciones propuestas, las evidencias no fueron presentadas; se remitieron posteriormente.</p> <p>Para el auditor la evidencia</p> |
| <p>RIESGO</p> | <p>ACCIONES PROPUESTAS</p> | <p>INDICADOR % AVANCE</p> | <p>OBSERVACION-VERIFICACION</p> |
| <p>(auditoria interna) al 100% de las encuestas realizadas.</p> <p>Zona: Moderada</p> <p>Responsable: Grupo del Sisben</p> | <p>6.2 Proceso de supervisión en campo de una muestra de las encuestas efectuadas (20%)</p> | <p>Se efectúa supervisión en los lugares de residencia de los usuarios del SISBEN. $164 / 748 = 21,9\%$. marzo 21, abril 57, Mayo 78, junio 164, julio 164 y agosto 264.</p> | <p>No es clara porque los soportes no estaban organizados en debida forma.</p> |
| <p>7. Incumplimientos en la prestación de servicios generales, de vigilancia y públicos de la</p> | | <p>Seguimiento órdenes de pago mensual servicios generales (Aseo y Cafetería). $\{[N^\circ \text{ pagos realizados}/N^\circ \text{ pagos totales a realizar (Mes vencido)]*100\}$; $[(6/7)*100]=85,71\%$</p> | <p>Las cuentas recepcionadas de aseo y cafetería han sido canceladas en un lapso aproximado de diez (10) días. Estas cuentas se encuentran archivadas mensualmente en una carpeta que corresponden al servicio que se cancela.</p> |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|--|---|--|---|
| <p>administración central.</p> <p>Control: Seguimiento y control a la elaboración de los comprobantes y órdenes de pago.</p> <p>Zona: Moderada</p> <p>Responsable: Secretario (a) Administrativo (a)- Director (a) Grupo Recursos Físicos</p> | <p>7.1 Recepción de cuentas de cobro o facturas (Con sus respectivos soportes), direccionamiento a central de cuentas para la elaboración del comprobante y órdenes de pago</p> | <p>Seguimiento mensual órdenes de pago mensual servicio de vigilancia. {[N° pagos realizados/N° pagos totales a realizar (Mes vencido)]*100}; [(6/7)*100]= 85,71 %</p> | <p>El tiempo de pago de las cuentas de vigilancia después de recepcionadas oscila aproximadamente en diez (10) días. Las órdenes de pago de este servicio se encuentran archivadas mensualmente en una carpeta con su nombre.</p> |
| | | <p>Seguimiento mensual a órdenes de pago servicios públicos (Agua y Energía). {[N° pagos realizados Servicio Agua/N° pagos totales a realizar Servicio Agua (Mes vencido)]*100}; [(7/7)*100]= 100%</p> | <p>El pago de la cuentas por servicio de agua después de recepcionada es de diez (10) días aproximadamente. Su pago es normal mes vencido y los soportes se archivan en una carpeta con su nombre mensualmente.</p> |
| | | <p>Seguimiento mensual a órdenes de pago servicios públicos (Agua y Energía). {[N° pagos realizados Servicio Energía/N° pagos totales a realizar Servicio Energía (Mes vencido)]*100}; [(7/7)*100]= 100%</p> | <p>Las cuentas recepcionadas por servicio de energía se cancelan en un periodo aproximado de once (11) días. Las órdenes de pago de este servicio se encuentran archivadas mensualmente en una carpeta con su nombre.</p> |
| <p>8. Incumplimiento en el cubrimiento de Pólizas de seguros de vida y generales de la</p> | <p>8.1 Elaboración de los estudios previos para empezar la etapa contractual</p> | <p>Se adjudicaron 2 contratos en la presente vigencia en relación a seguros generales y soat para la vigencia 2017. a) 0225 / 2017 y b). 0954 / 2017. 100%</p> | <p>Riesgo en zona extrema requiere la formulación de un plan de contingencia. No basta con celebrar los contratos de seguros estos deben ser en forma oportuna, de manera que cubran los conceptos asegurados al otro día de</p> |
| <p>RIESGO</p> | <p>ACCIONES PROPUESTAS</p> | <p>INDICADOR % AVANCE</p> | <p>OBSERVACION-VERIFICACION</p> |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>administración central</p> <p>Control: Elaboración de estudios previos (Recopilación de información de bienes muebles e inmuebles y personal, estudio técnico), inicio proceso contractual</p> <p>Zona Extrema</p> <p>Responsable: Secretario (a) Administrativo (a)- Director (a) Grupo Recursos Físicos</p> | <p>8.2 Recepción de cuentas de cobro o facturas SOAT (Con sus respectivos soportes), direccionamiento a central de cuentas para la elaboración del comprobante y órdenes de pago.</p> | <p>Seguimiento órdenes de pago. 100%</p> | <p>Vencerse las que se encuentran vigentes. La etapa precontractual para los seguros de la entidad debe iniciarse más o menos con tres (3) meses de antelación a la fecha de vencimiento de las actuales pólizas. Una vez adjudicado el contrato la entidad debe contar con el soporte físico de las mismas de manera que sean visibles para cualquier ente de control o evento que las requiera.</p> <p>Se efectuó el seguimiento a las órdenes de pago derivadas de los seguros, el primer pago se efectuó treinta y nueve (39) días después.</p> |
|---|---|--|---|

PROCESO GESTION DEL SERVICIO Y ATENCION AL CIUDADANO

| RIESGO | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVACION-VERIFICACION |
|--|--|--|---|
| <p>1. Bajo grado de satisfacción del ciudadano frente a los servicios prestados por la administración municipal.</p> <p>Zona Baja.</p> <p>Control: Encuestas, tabulación, análisis y retroalimentación de la medición de satisfacción al ciudadano.</p> | <p>1.1 Encuestas de medición de satisfacción al ciudadano de los puntos de atención al ciudadano</p> | <p>Acorde a la población objetivo del proceso que para este caso son los usuarios externos, mensualmente se vienen aplicando las Encuestas de Satisfacción del Ciudadano, a un grupo determinado de la Alcaldía Municipal de Ibagué, específicamente en las siguientes dependencias :</p> <p>Palacio Municipal, Centro de Atención Municipal CAM Salado, Oficina de Correspondencia, Secretaría de Hacienda, Secretaría de Salud, Grupo de Espacio Público Secretaría de Planeación, Secretaría de Transito. En el periodo relacionado se realizaron 2274 encuestas en las diferentes dependencias. 94.75%</p> | <p>La evidencia de cumplimiento a esta acción esta en los dos mil doscientas setenta y cuatro (2.274) formatos de encuestas diligenciados por los usuarios externos que visitaron las Unidades Administrativas señaladas en el avance. Si el objetivo es aplicar un indicador para determinar el cumplimiento de la acción, se deben establecer los parámetros de medición o estándares, identificarlo y definir las variables que lo conforman si es el caso.</p> <p>Las evidencias de este riesgo tienen relación de causalidad con el informe de encuesta de satisfacción al ciudadano que se presenta cuatrimestralmente a esta oficina, en el componente de Atención al Ciudadano.</p> |



CONTROL INTERNO

| RIESGO | ACCIONES PROPUESTAS | INDICADOR % AVANCE | OBSERVACION-VERIFICACION |
|--|--|---|--|
| <p>Control: Encuestas, tabulación, análisis y retroalimentación de la medición de satisfacción al ciudadano.</p> | <p>1.2 Consolidación, tabulación y análisis de la información de las encuestas de medición de satisfacción al ciudadano</p> | <p>Se realizó la consolidación, tabulación y análisis de la información de las encuestas. Se generaron dos informes correspondientes a los periodos; enero-abril y mayo-agosto. Los informes mencionados permiten conocer el resultado definitivo de la percepción que tienen los ciudadanos frente a la atención y orientación brindada por los servidores públicos de la Administración Municipal.</p> | <p>Estas evidencias también se encuentran en los avances reportados para el seguimiento del componente de Atención al Ciudadano del Mapa Anticorrupción. Con la respuesta a cinco (5) preguntas relacionadas con la satisfacción a la atención que fue recibida por los clientes externos en los diferentes despachos que visitaron se efectuó tabulación que permitió concluir que en términos generales la ciudadanía se siente bien atendida.</p> |
| <p>Responsable Secretaria Administrativa-Directora Grupo de Gestión del Talento Humano</p> | <p>1.3 Capacitación dirigida a los funcionarios de los diferentes puntos en temas relacionados a; Atención al ciudadano.</p> | <p>Se efectuaron 2 capacitaciones: 1). Capacitación en el tema de Mejoramiento del Clima Organizacional a través de estrategias orientadas a la optimización de la Atención al Ciudadano, la Ética Pública de los servidores públicos realizada durante los días 2 y 16 de Junio, 7, 14, 21, 28 de Julio y 4 de agosto de 2017 en el Hotel Lusitana de la Ciudad de Ibagué, dictada por la Fundación IMAKAI de Ibagué. 2). Capacitación dirigida al personal de atención al Ciudadano y socialización puntos de recepción: Socialización del proceso, buenas prácticas de atención y orientación a los ciudadanos tanto internos como externos, así como la implementación y entrega de Manuales de Atención al Ciudadano y encuestas de satisfacción al ciudadano, realizada el día 22 de marzo de 2017 en el Auditorio Andrés López de Galarza. Asistieron 32 funcionarios</p> | <p>Las capacitaciones fueron efectuadas se viene realizando una dentro de cada cuatrimestre. Esta acción fue medida con el registro de la acción, pero igualmente si requiere la formulación de un indicador se puede hacer. Se hizo la observación con respecto al tema de clima laboral en el sentido de que este es de especial importancia para la entidad pero en otro contexto diferente a lo que se debe estructurar dentro del contenido de atención al ciudadano. La trazabilidad documental de cada capacitación se encuentra en una carpeta individual con el registro documental y secuencial de cada actividad que se ejecutó para obtener el producto de las mismas.</p> |



CONTROL INTERNO

| | | | |
|--|--|--------------------------|--|
| | | entre planta y contrato. | |
|--|--|--------------------------|--|

6. CONCLUSIONES

-La Secretaría Administrativa presentó la autoevaluación de la Estrategia Anticorrupción y Atención al Ciudadano y del Mapa de Riesgos Administrativos dentro de la fecha señalada por la circular 026 de 24/08/2017.

Con los coordinadores de la actividad: Yesica F Alba C, Felipe A Orozco C y Diego A Salguero A y con la participación de los servidores públicos: Mayerly Ospitia, Martha Vargas, Doris Galeano, Luz Mila Carvajal y los contratistas con funciones públicas: Carlos Chambueta, Ernesto Valderrama Restrepo y Camilo Ramírez; se logró dentro de los horarios y tiempos establecidos efectuar la verificación de los avances reportados en el informe de autoevaluación.

Se considera a nivel general que la Secretaría ha adoptado y avanzado en la aplicación de la metodología para la formulación de sus riesgos.

-La Secretaría Administrativa cuenta con un Comité de Evaluación, Seguimiento y Manejo de Riesgos; creado mediante la Resolución 1040 698 de 11/08/2016, para cada uno de los procesos que opera esta dependencia. Se evidencia la ejecución de siete (7) monitoreos.

-Los contratistas coordinadores de la actividad estudiaron la nueva metodología, la socializaron con quienes hacen parte del Comité de Evaluación y que representan cada uno de los procesos que opera la Secretaría y como resultado de este trabajo se propusieron modificaciones a la Secretaría de Planeación, quien a la fecha no ha dado respuesta o trámite a las mismas.

-Los Mapas de Riesgos de Corrupción y Administrativos no han sido socializados con todos los funcionarios de la Secretaría, los riesgos que se encuentran en zona extrema no cuentan con su respectivo plan de contingencia; situaciones que evidencian el desconocimiento de las políticas de Administración del Riesgo.

-A los riesgos administrativos identificados por el Sisben, no se le definieron indicadores para calcular su avance. Se presentaron cuantificaciones pero no eran claras las variables a las cuales correspondían los valores.



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7



CONTROL INTERNO

-Aún se presenta dificultad en el personal para el aporte de evidencias, porque en unos casos la acción no cuenta con un indicador que defina el producto a obtener o simplemente no se cuenta con el producto a obtener a la fecha de corte del seguimiento.

-No se socializan los informes producto de estos seguimientos con los líderes de los procesos; esto se observa cuando no se toman las sugerencias y recomendaciones de informes anteriores.

-Adicionalmente en los cuadros anteriores, se efectuó un comentario u observación individualizado a cada riesgo de corrupción o administrativo formulado para los procesos que opera la Secretaría Administrativa.

7. RECOMENDACIONES

** La lucha contra las prácticas de corrupción es viable, siempre y cuando se dirijan esfuerzos conjuntos y coordinados para combatirla, mediante la prevención; la regulación buscando la modernización de la entidad; brindando espacios de participación ciudadana; implementando políticas reales de estímulos y de incentivos para los honestos y de castigo para los corruptos; reiterando el hecho de que el servidor público tiene una responsabilidad penal, disciplinaria, patrimonial o fiscal y sobre todo social etc.

** La administración de riesgos en la administración municipal, es un proceso estratégico que depende del alto nivel directivo de la organización. Se le debe prestar mayor atención no solo por aplicar el Modelo Estándar de Control Interno, sino también por la oportunidad que ofrece de contar con una herramienta adecuada para mitigar todas aquellas situaciones que pueden afectar de una u otra forma el cumplimiento de los objetivos institucionales desde su planeación hasta su ejecución.

** El monitoreo al Mapa Anticorrupción es importante porque es una forma de asegurar si las acciones propuestas se están llevando a cabo y son pertinentes; si los indicadores formulados tienen relación de causalidad y sirven para medir las acciones formuladas y sobre todo para identificar en forma oportuna los factores que pueden estar influyendo en la no implementación de las mismas.

** El Mapa de Riesgos Administrativo se debe monitorear mínimo cada tres meses e invitar a los representantes de otras áreas que se encuentran inmersos en los



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

mismos para ejecutar esta actividad. Este trabajo permite conocer en forma oportuna si los responsables están llevando a cabo las acciones propuestas en las fechas programadas e identificar conjuntamente factores que pueden estar afectando de manera negativa la ejecución de las mismas.

** El Comité de Coordinación de Control Interno y la Secretaría de Planeación dentro de sus roles, deben asumir las funciones que les corresponde en este proceso, actualizando y/o dinamizando la aplicación de las políticas de administración del riesgo y promoviendo la eliminación o reducción de los riesgos mediante la definición de controles efectivos y oportunos que garanticen que los objetivos de la dependencia y por supuesto de la entidad sean alcanzados.

** Cada que se vayan a autoevaluar se deben asegurar que los mapas a monitorear son los que se encuentran publicados en la página web de la entidad. Adicionalmente tener en cuenta que si el riesgo se encuentra en zona extrema debe contar con un Plan de Contingencia cuyas acciones y responsables de las mismas, deben haber sido definidos por el Comité de Coordinación de Control Interno.

** Una vez el Comité de Administración del Riesgo cuente con los resultados de la autoevaluación o monitoreo al mapa y determine modificaciones al mismo; debe remitir esta información a la Secretaría de Planeación para que la revisen, la presenten para su aprobación al Comité de Coordinación de Control Interno y posteriormente procedan a efectuar los respectivos ajustes al Mapa de Riesgos que corresponda.

** En el caso de acciones a implementar que dependen de procesos contractuales tales como las formuladas en algunos riesgos del proceso de Gestión de Recursos Físicos y Tecnológicos; se sugiere a los coordinadores estar al tanto de los mismos con el objeto de identificar y corregir las razones por las cuales no se han llevado a cabo; más aún cuando estamos al borde de terminar la vigencia.

** Con respecto al software de Tránsito se recomienda que se garantice que este contenga un módulo de auditoría que permita controlar la información registrada por todos los usuarios en el sistema, además que contenga la trazabilidad detallada de las actuaciones sobre los datos, de tal forma que la Secretaría o cualquier ente de control pueda reconstruir los hechos antes, durante y después de la transacción.

En este mismo aspecto el software debe garantizar que la disponibilidad para la consulta y visualización del log de auditoría sea en tiempo real.

Plaza de Bolívar Calle. 9 No. 2 – 59 Palacio Municipal Oficina 209
Teléfono: 2 632560 – fax 2632433 Código Postal Número 72006
Email: controlinternoaldiadeibague.gob.co



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT. 800113389-7



CONTROL INTERNO

** Con respecto a los controles si en el momento en que se identifica un riesgo no hay controles, la primera acción es implementarlos y en el diseño se deben tener en cuenta aspectos tales como: el responsable, la frecuencia, el objetivo, el procedimiento para aplicarlo, las desviaciones y la evidencia de ejecución del control. Esta metodología permite que el control actué de manera efectiva atacando las causas que originaron el riesgo.

** Se reitera dar a conocer a los representantes de los procesos las observaciones efectuadas a cada uno de los riesgos, estas son las que permitirán hacer las correcciones o modificaciones necesarias

** Cuando las acciones a implementar corresponda a actividades que como soporte requieren de formatos, modelos u otros; se deben utilizar los adoptados por la entidad para esos mismos fines.

** Las variables que integran el indicador para determinar el avance de las acciones propuestas, deben ser calculadas por quien aporta la evidencia o el responsable del proceso y no se debe transferir esta acción a otras dependencias diferentes a quienes identificaron el riesgo.

** Socializar e interiorizar las Políticas de Administración del Riesgo del Proceso de Mejoramiento Continuo, contenidas en el Documento de Código: POL-MC-0. Versión: 01. Fecha 11/12/2015.

** Los Mapas de Riesgos de Corrupción e Institucional de la Entidad, es una herramienta corporativa y de gestión. Una vez consolidada debe ser aprobada, socializada y publicada en la página Web de la entidad.

MAURICIO PULIDO CORRAL
JEFE OFICINA DE CONTROL INTERNO

Elaboro Claudia M Romero T.

Plaza de Bolívar Calle. 9 No. 2 – 59 Palacio Municipal Oficina 209
Teléfono: 2 632560 – fax 2632433 Código Postal Número 72006
Email: controlinternoaldiadeibague.gob.co



Alcaldía Municipal
Ibagué
NIT.800113389-7



CONTROL INTERNO

Observación No. 74. Estados Contables Debilidades en las conciliaciones bancarias. Frente a la presente observación, el ente de control una vez analizada la respuesta dada por la administración

Plaza de Bolívar Calle. 9 No. 2 – 59 Palacio Municipal Oficina 209
Teléfono: 2 632560 – fax 2632433 Código Postal Número 72006
Email: controlinternoaldiadeibague.gob.co