

 FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	SICME	Código: F-E-220-73
	MACROPROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	Versión: Vr.1
	PROCESO: CONTROL INTERNO	Fecha de Aprobación: Septiembre 27 de 2016
	Nombre del Formato: Informe pormenorizado Control Interno	Página 1 de 14

SEGUNDO INFORME PORMENORIZADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO 2019.

La Oficina de Control Interno del Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República, se permite presentar el Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno del 2° cuatrimestre del 2019, en cumplimiento al artículo 9° de la Ley 1474 de 2011, Estatuto de Anticorrupción, que dispone que el Jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, debe publicar este informe, cada cuatro (4) meses, en la página web de la entidad.

Este informe está enmarcado en la séptima dimensión, Política de Control Interno establecida y actualizada en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, bajo la estructura del Modelo Estándar de Control Interno – MECI, en un esquema de cinco (5) componentes: 1) Ambiente de Control, 2) Evaluación del Riesgo, 3) Actividades de Control, 4) Información y Comunicación y 5) Actividades de Monitoreo.

7. DIMENSIÓN DE CONTROL INTERNO

7.1. AMBIENTE DE CONTROL

PLAN DE ACCION

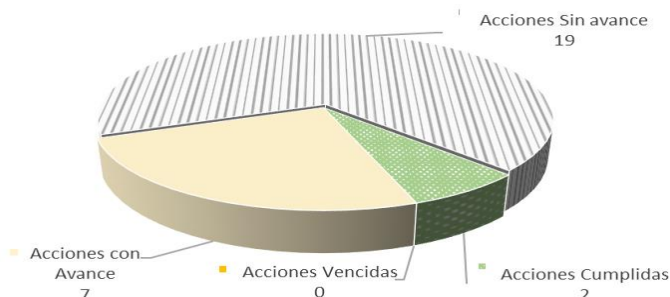
El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República para la vigencia 2019, inicialmente se formuló 27 actividades en el Plan de Acción. Sin embargo, por recomendación de la OCI, se ajustó el Plan de Acción con la eliminación de la actividad identificada con el numeral 3, por lo tanto, se reduce las actividades a 26, las cuales son parte integral del Plan Estratégico 2019-2022.

Adicionalmente, se encontró que la actividad identificada con el número 6, en el Plan de Acción, que corresponde a *“Revisar la documentación de los procesos de la entidad y actualizar”*, registra tres responsables es decir así: Gerencia; la Dirección de Desarrollo y Bienestar; y la Dirección Administrativa y Financiera por separado, situación que lleva a que se registre de la siguiente manera: (6A, 6B y 6C), en consecuencia, para la estadística de seguimiento se contarán como 28 actividades en total.

Para el presente informe, la Oficina de Control Interno realizó la verificación frente a lo reportado por las diferentes áreas responsables en el avance de las actividades programadas del Plan de Acción, sintetizando lo siguiente:

De las 28 actividades, 19 figuran sin avance, 7 son reportadas con avance, 2 han finalizado con el 100% de su ejecución y ninguna figura vencida. Grafica No. 1.

ESTADO ACTIVIDADES PLAN DE ACCIÓN 2019





FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

SICME

Código: F-E-220-73

MACROPROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Versión: Vr.1

PROCESO: CONTROL INTERNO

Fecha de Aprobación:
Septiembre 27 de 2016

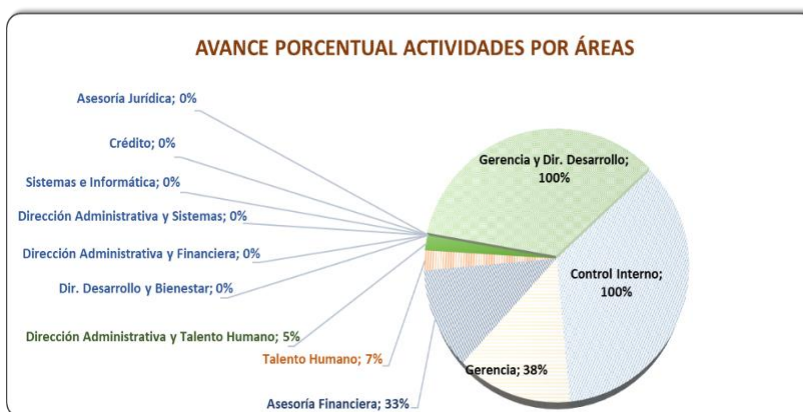
Nombre del Formato: Informe pormenorizado
Control Interno

Página 2 de 14

De la revisión a la ejecución de las actividades del Plan de Acción, se encontró (2) acciones cumplidas al 100%, que las áreas responsables la Gerencia compartida con la Dirección de Desarrollo y Bienestar y la Asesoría de Control Interno. Las actividades son las siguientes: “Llevar a Junta Directiva los proyectos de Acuerdos para modificación de los programas revisados.” y “Evaluar anualmente la efectividad de la política de seguridad tecnológica”.

Las áreas que registran avances en la ejecución de las actividades tenemos (7) las cuales corresponde a las siguientes áreas: Gerencia, Asesoría Financiera, Talento Humano y Dirección Administrativa y Financiera. En cuanto a las diez y nueve (19) actividades que todavía no reportan avance, figuran asignadas a las siguientes áreas de trabajo: Dirección de Desarrollo y Bienestar, Dirección Administrativa y Financiera, Asesoría Jurídica, Crédito y Sistemas e Informática. Aunque ninguna se encuentra vencida, se recomienda hacer el respectivo seguimiento para que se ejecuten dentro de las fechas indicadas en el Plan.

En la gráfica No. 2 siguiente se detalla el avance por áreas:



PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO

Para el reporte del presente informe, se consolidaron los reportes de las áreas que registraron avance con corte al 6 de septiembre de 2019, evidenciando un promedio de avance en la ejecución del 65.83%, y de acuerdo al siguiente detalle:

En el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (PAAC) se programaron 34 actividades para la vigencia 2019, correspondiente a los componentes Mapa Riesgos Corrupción, Racionalización de Trámites, Rendición de Cuenta, Mecanismos para Mejorar la Atención al Ciudadano y Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información.

Del seguimiento efectuado encontramos que, del total de las (34) acciones, (14) han sido cumplidas, (12) figuran con avance, (7) que no registran avance, pero se encuentran en términos, (1) vencida, debido a que no se modificó la fecha en el Plan, se informa que la capacitación se realizará para los meses de septiembre y octubre, sin embargo, la fecha que figura en el documento es 30 de junio.



FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

SICME

MACROPROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

PROCESO: CONTROL INTERNO

Nombre del Formato: Informe pormenorizado
Control Interno

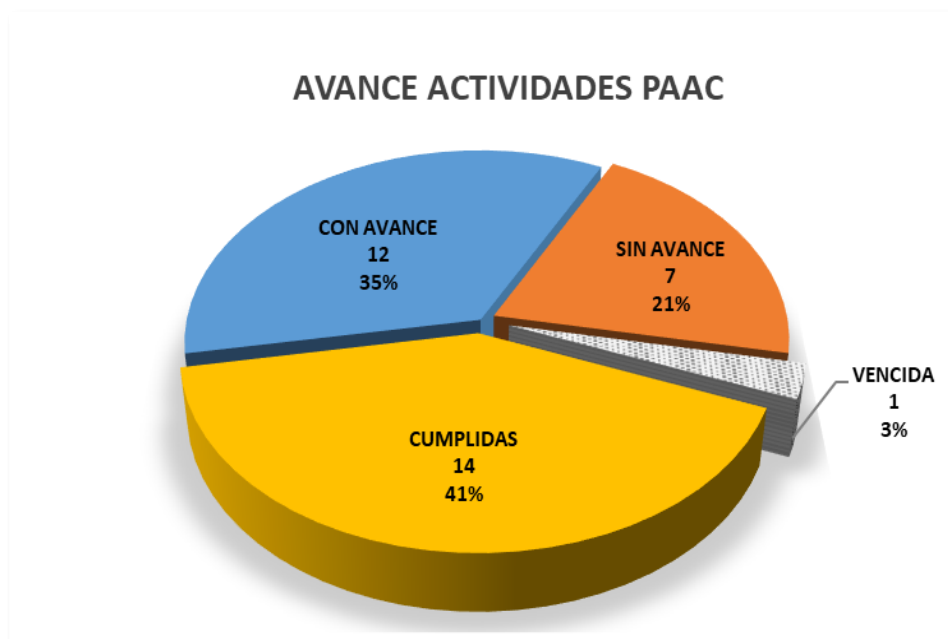
Código: F-E-220-73

Versión: Vr.1

Fecha de Aprobación:
Septiembre 27 de 2016

Página 3 de 14

Grafica N° 3. Con el registro de los avances de las actividades PAAC- Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano- Fondo de Bienestar Social de la CGR.





FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

SICME

MACROPROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

PROCESO: CONTROL INTERNO

Nombre del Formato: Informe pormenorizado
Control Interno

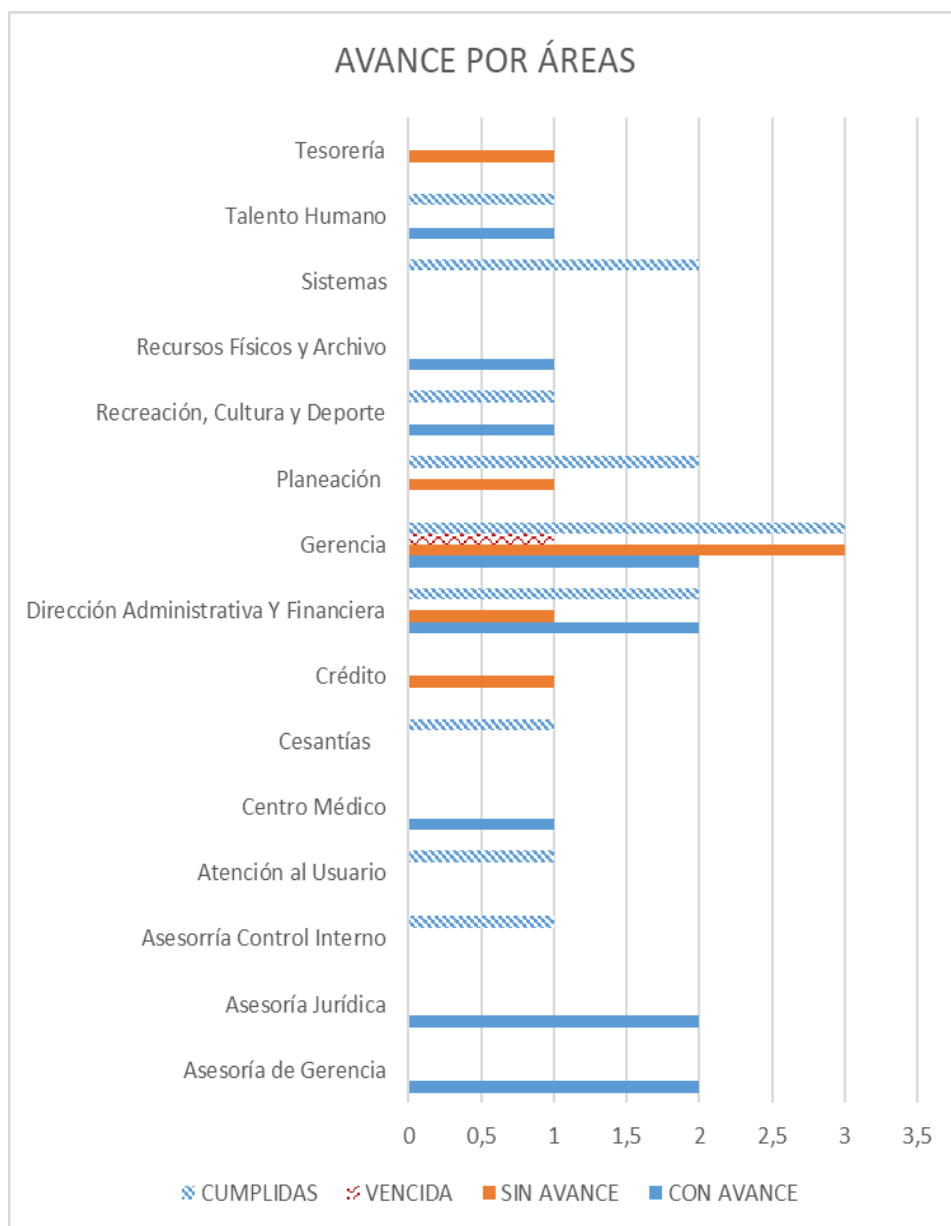
Código: F-E-220-73

Versión: Vr.1

Fecha de Aprobación:
Septiembre 27 de 2016

Página 4 de 14

En la gráfica No. 4 siguiente se detalla el avance por áreas:





Para la acción que se reporta vencida, se recomienda ajustar las fechas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, para eliminar las causas del incumplimiento, debido a que el ajuste de la fecha se solicitó, pero no se modificó en el Plan.

Con respecto al área de Tesorería en las dos revisiones efectuadas por la OCI, no registra avance sobre el cumplimiento de la acción. Por lo que presenta un atraso considerable debido a que el indicador es presentar (3) informes durante la vigencia. Se recomienda que se tomen las medidas correctivas para subsanar el incumplimiento reiterativo.

Se recomienda que los responsables de las acciones que están próxima las fechas de vencimiento que estén atentos a ejecutarlas antes de la fecha de finalización de la actividad.

7.2. EVALUACION DEL RIESGO

MAPA DE RIESGOS POR PROCESO

El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República consolida en el Mapa de Riesgos Institucional, los riesgos asociados a los procesos acorde con su respectivo tratamiento. Esto, en procura de un manejo eficiente al momento de establecer sus acciones preventivas y sus seguimientos.

El presente informe corresponde al avance de las acciones encaminadas a la prevención de la no materialización de los riesgos por procesos. Para la vigencia 2019, fueron identificados y analizados por los dueños de cada proceso, veintiún (21) riesgos, de los cuales se encuentran clasificados cuatro (4) en el nivel extremo, seis (6) nivel alto, cinco (5) moderado y seis (6) en el nivel bajo como se detalla en la gráfica No. 5:





FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

SICME

MACROPROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

PROCESO: CONTROL INTERNO

Nombre del Formato: Informe pormenorizado
Control Interno

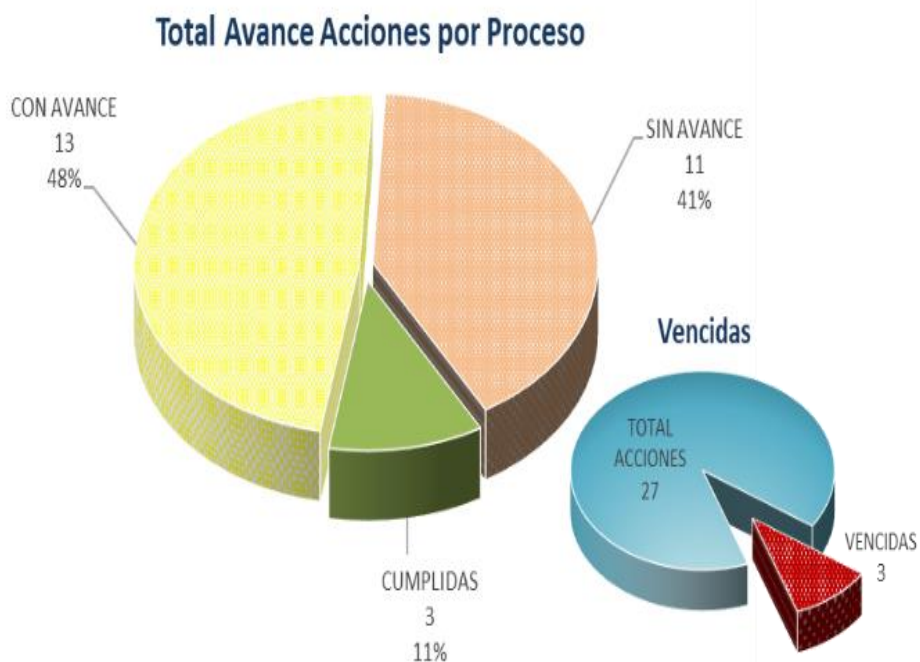
Código: F-E-220-73

Versión: Vr.1

Fecha de Aprobación:
Septiembre 27 de 2016

Página 6 de 14

De los (21) riesgos, se plantearon veintisiete (27) acciones o actividades que buscan prevenir la materialización de los mismos, donde se evidencia conforme el reporte en los avances por parte de cada una de las áreas responsables, que tres (3) acciones registran cumplimiento del 100%, una de ellas aparece cumplida pero no tiene el soporte documental, (13) registran avance, (11) acciones no registran avance, pero se encuentran dentro de los términos del cumplimiento y (3) superaron la fecha establecida para su finalización, es decir vencidas, así se registra en la Grafica No.6.





FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

SICME

MACROPROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

PROCESO: CONTROL INTERNO

Nombre del Formato: Informe pormenorizado
Control Interno

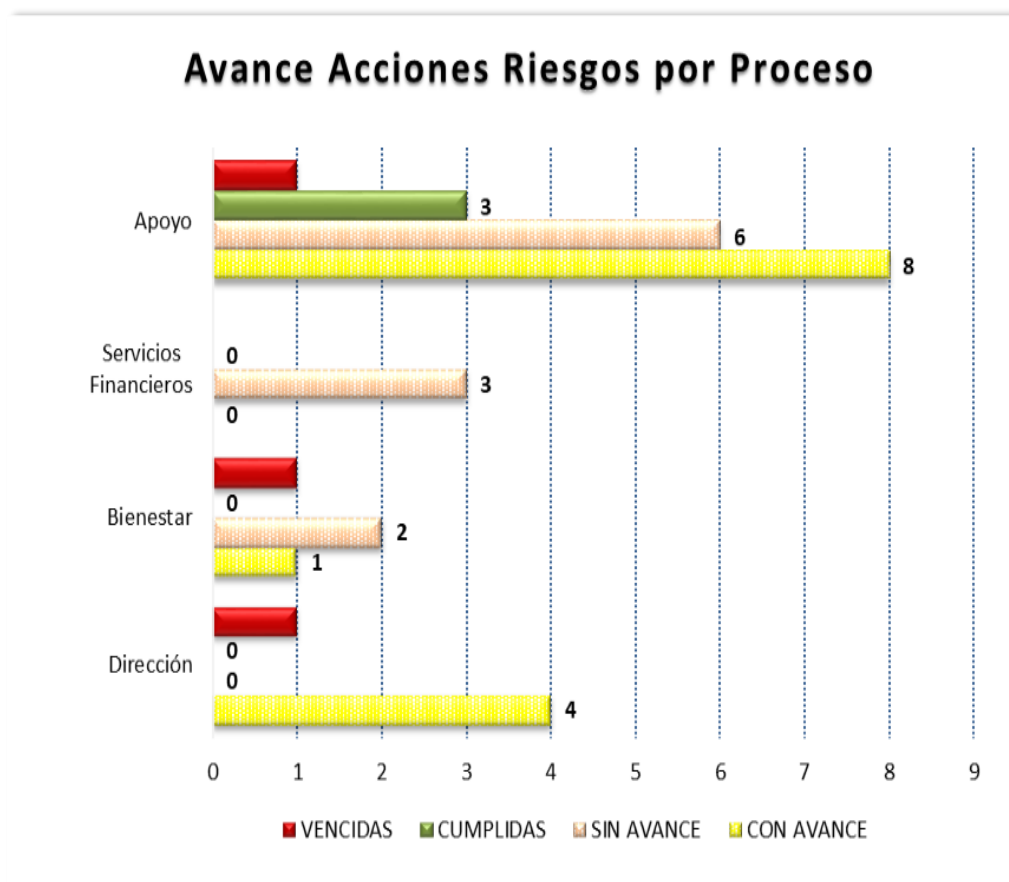
Código: F-E-220-73

Versión: Vr.1

Fecha de Aprobación:
Septiembre 27 de 2016

Página 7 de 14

En la siguiente gráfica No. 7, se detalla por proceso la distribución de las acciones establecidas:



Respecto al avance y los soportes reportados en Drive, se resalta el cumplimiento por parte de las áreas que han reportado avance. No obstante, para algunas acciones es importante realizar los ajustes.



FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

SICME

Código: F-E-220-73

MACROPROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Versión: Vr.1

PROCESO: CONTROL INTERNO

Fecha de Aprobación:
Septiembre 27 de 2016

Nombre del Formato: Informe pormenorizado
Control Interno

Página 8 de 14

7.3. ACTIVIDADES DE CONTROL

SEGUIMIENTO PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL.

Como resultado del seguimiento al proceso de gestión documental se identificaron y comunicaron a través del informe definitivo (22) observaciones, las cuales deberán ser subsanadas.

ASPECTOS CRITICOS
No se tienen definidas las políticas de gestión documental de preservación y organización de la información que produce la entidad.
Se impone el levantamiento, consolidación y organización de la normatividad interna de la entidad tales como: Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circulares, Actos Administrativos y Procedimientos Internos.
No se tienen las tablas de retención documental, aprobadas y actualizadas conforme la normatividad vigente, lo cual incide en el almacenamiento, conservación y preservación de los archivos documentales.
Falta actualizar los procedimientos internos y documentos SICME de acuerdo con la normatividad vigente.
No se tiene actualizado el inventario documental de la entidad, situación que no permite tener un control total sobre los documentos.
No se hacen las transferencias documentales de manera oportuna al archivo central.
El archivo central no se encuentra organizado conforme a la ley 594/2000
Falta espacio y mobiliario suficiente para la organización y almacenamiento de los documentos del archivo central de las tres sedes (Colegio, Centro Médico y Sede Administrativa).
La falta de foliación de los documentos genera riesgo de pérdida y que no exista control.
No hay control sobre consulta y préstamos de los documentos en los archivos de gestión y central.
No existen criterios unificados para la digitación de los documentos al interior de la entidad.
No se cuenta con un Plan de Capacitación en materia de archivo.
Es necesario promover mejores prácticas en el manejo de los archivos documentales.
Falta elaborar un Plan Institucional de los Archivos de la Entidad –PINAR.

Se recomienda trabajar en los siguientes factores críticos para fortalecer esta dimensión en la entidad:

- Tramitar la convalidación, implementación y publicación de la Tabla de Retención Documental - TRD.
- Realizar un inventario documental actualizado para determinar que tenemos en materia documental a fin de poder digitalizar de acuerdo con lo indicado por el AGN.
- Elaborar un plan de archivos para ejecutar en corto plazo que incluya producción, recepción, distribución, trámite, organización, consulta, conservación y disposición final.
- Que el espacio del archivo central cumpla con las disposiciones de aireación, de impermeabilización y de producción documental.
- Organizar el archivo de gestión y central de conformidad con las TRD's, que se encuentren aprobadas en debida forma.
- Es deber del comité de archivo cumplir a cabalidad con las disposiciones y funciones asignadas en cuanto a establecer directrices sobre el manejo del archivo en la Resolución No. 498/2014.
- En el archivo de documentos no debe existir otras clases de elementos, porque se presta para los ingresos de personas ajenas a la responsabilidad de estas funciones.
- Organizar el Archivo Central en los archivadores requeridos por el AGN, para cumplir con la normatividad vigente.
- De cumplir con estas recomendaciones, en caso de una visita por parte del Archivo General de la Nación, se podría evitar algún requerimiento por el incumplimiento a la Ley 594 del 2000 y sus decretos reglamentarios. De igual manera se evitaría que por el mal manejo de este archivo se pierdan documentos que se requieran en caso de una revisión por parte de un ente de control.
- Realizar el Diagnóstico Integral de Archivos durante el III cuatrimestre de 2019, con el fin de verificar el estado actual de la gestión documental en aspectos administrativos, archivísticos, conservación, infraestructura y tecnología; así, como la validación de su cumplimiento normativo, identificación de aspectos críticos,



FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

SICME

Código: F-E-220-73

MACROPROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Versión: Vr.1

PROCESO: CONTROL INTERNO

Fecha de Aprobación:
Septiembre 27 de 2016

Nombre del Formato: Informe pormenorizado
Control Interno

Página 9 de 14

debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas de la entidad entorno al cumplimiento de la función archivística.

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DEL EMPLEO PÚBLICO– SIGEP.

De acuerdo con la revisión efectuada a la plataforma virtual del SIGEP, sobre el reporte de la información al 27 de agosto del presente año en compañía de la profesional encargada del área de talento humano, se evidenció que el número de cargos que figuran reportados en la plataforma es de (54), y la información entregada por talento humano es de (125) cargos, es decir que hay una diferencia de (71) cargos, que no están reportados. No obstante, se evidencia que la profesional del área de talento humano ha solicitado de manera reiterada mediante correos electrónicos enviados a la Función Pública solicitando el apoyo para actualización de la plataforma y hasta la fecha no se ha recibido respuesta positiva sobre el apoyo solicitado.

7.4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, DENUNCIAS, Y SEGERENCIAS.

De la información revisada en el aplicativo Alfabet, correspondiente al primer semestre de 2019, se encontró que fueron radicadas (198) peticiones o solicitudes, de las cuales (10) se respondieron por fuera de términos.

- Se recomienda el llamado de atención a los responsables para que realice las respuestas de las peticiones en los términos legales previstos, para cada requerimiento.
- La OCI, recomienda que cuando se realice la respuesta de la solicitud a través del correo electrónico se informe al área de atención al usuario para que este efectúe el enlace con el aplicativo Alfabet y la petición no registre extemporaneidad en la respuesta.
- Igual situación se deberá realizar cuando la solicitud de manera telefónica, el funcionario que aclare la inquietud debe hacer el registro en una planilla de las llamadas telefónicas resultas a través de este medio de comunicación.

SISTEMA ELECTRONICO PARA LA CONTRATACIÓN PÚBLICA- SECOP

Se recomienda seguir trabajando en el mejoramiento de la publicación en la plataforma del SECOP, los documentos que se expidan dentro de los procesos de contratación, conforme a los términos previstos en la ley, con el propósito de evitar que el ente de control externo, realice observaciones al respecto. Adicionalmente, se recomienda que se continúe trabajando en la implementación del SECOP II, para que se cumpla con la fecha exigida por Colombia Compra Eficiente.

De otra parte, en cuanto a la designación de los supervisores la OCI considera necesario que en la minuta del contrato se especifique quien será el responsable de ejercer la supervisión de cada contrato que se suscriba.

7.5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

AUDITORIA INTERNA AL ÁREA DE SISTEMAS E INFORMATICA.

Como resultado del proceso de auditoría interna practicada al área de Sistemas e Informática de la entidad, a través del informe definitivo se confirmaron (20) observaciones.

De acuerdo con las nuevas directivas emitidas por el Ministerio TIC, el 31 de diciembre de 2019 vence el plazo para ajustar la infraestructura de Tecnología de la Información a IPv6 en las entidades públicas del Orden Nacional, conforme a lo establecido en la Resolución N° 2710 del 3 de octubre de 2017.

Se recomienda que a partir del Decreto 1008 de 2018 (cuyas disposiciones se compilan en el Decreto 1078 de 2015, “Decreto Único Reglamentario del sector TIC”, específicamente en el capítulo 1, título 9, parte 2, libro 2), la Política de Gobierno Digital tiene como objetivo “*Promover el uso y aprovechamiento de las*

 FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	SICME	Código: F-E-220-73
	MACROPROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	Versión: Vr.1
	PROCESO: CONTROL INTERNO	Fecha de Aprobación: Septiembre 27 de 2016
	Nombre del Formato: Informe pormenorizado Control Interno	Página 10 de 14

tecnologías de la información y las comunicaciones”, se revise el avance que a la fecha se lleva sobre la implementación de la política de Gobierno Digital.

Dada la transversalidad de los medios digitales en los procesos internos de la entidad y en el relacionamiento con los usuarios, la Política de Gobierno Digital está estrechamente relacionada con las políticas de: Planeación Institucional, Talento humano, Transparencia, Acceso a la Información Pública y Lucha Contra la Corrupción, Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos, Servicio al Ciudadano, Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Racionalización de trámites, Gestión Documental, Seguridad Digital y Gestión del Conocimiento y la Innovación.

Se recomienda que para la implementación del habilitador de Servicios Ciudadanos Digitales es importante que la entidad realice un alistamiento técnico y administrativo a fin de facilitar el adecuado acceso de los usuarios a los servicios ofrecidos por la entidad a través de los canales digitales. Lo que permitiría la Interoperabilidad del intercambio de información de manera coordinada y segura entre la Contraloría General de la República y el Fondo de Bienestar Social, para la prestación de nuestros servicios de manera digital. Igualmente, el objetivo es mejorar el funcionamiento de las entidades públicas y su relación con otras entidades públicas, a través del uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones.

La implementación de la política de Gobierno Digital al interior de la entidad, se constituye en el eje fundamental para lograr la transformación digital, en tanto que proporciona los estándares tecnológicos para optimizar la gestión y brinda lineamientos para impactar positivamente la calidad de vida de nuestros usuarios a través de las TIC.

Los habilitadores transversales de la política de Gobierno Digital: Arquitectura, Seguridad de la Información y Servicios Ciudadanos Digitales; son elementos fundamentales que permiten el despliegue de los componentes de la política y tienen como objetivo, desarrollar capacidades en cada entidad para la implementación de la política. Por ello, de manera paralela a la implementación de los componentes (TIC para el Estado y TIC para la Sociedad), la entidad debe trabajar en el desarrollo de los elementos habilitadores que se definen de la siguiente forma:

“Seguridad de la Información: Este habilitador busca que las entidades públicas incorporen la seguridad de la información en todos sus procesos, trámites, servicios, sistemas de información, infraestructura y en general, en todos los activos de información con el fin de preservar la confidencialidad, integridad, disponibilidad, y privacidad de la información, así como la protección de los datos personales que tratan las entidades públicas en cumplimiento de la normatividad de protección de datos personales. Este habilitador tiene su soporte en el MSPI, que contempla 6 niveles de madurez.”

“Servicios Ciudadanos Digitales: Este habilitador busca que todas las entidades públicas implementen lo dispuesto en el Decreto 1413 de 2017 (incorporado en el título 17, parte 2, libro 2 del Decreto 1078 de 2015), que establece los lineamientos para la prestación de los servicios ciudadanos digitales y para permitir el acceso a la administración pública a través de medios electrónicos. En dicho Decreto los servicios digitales se clasifican en servicios básicos: autenticación biométrica, autenticación con cédula digital, autenticación electrónica, carpeta ciudadana e interoperabilidad, los cuales son de obligatorio uso y adopción; y servicios especiales, que son adicionales a los servicios básicos, como el desarrollo de aplicaciones o soluciones informáticas para la prestación de los servicios ciudadanos digitales básicas.”



AUDITORIA SISTEMA DE GESTIÓN EN LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SGSST.

Como resultado del proceso de auditoría interna practicada al Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo se comunicaron las no conformidades de acuerdo con la Resolución 0312/2019, expedida por el Ministerio de Trabajo.

En ejercicio de las facultades legales y reglamentarias, establecidas en los numerales 9° y 10 del artículo 2 del Decreto 4108 de 2011, el parágrafo 1° del artículo 2.2.4.7.4 y el parágrafo 1° del artículo 2.2.4.6.37, del Decreto 1072 de 2015, en desarrollo de lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312/2019, que establece los procedimientos destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que pueda ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan, conforme a las disposiciones vigentes de seguridad y salud en el trabajo –SST. Por consiguiente, se recomienda tomar las medidas correctivas y de mejoramiento a la luz de la normatividad, señalada para mejorar las condiciones de trabajo de acuerdo con las observaciones relacionadas en el informe preliminar en cada uno de los ítems.

De la revisión de los documentos entregados por la funcionaria responsable de SGSST, se pudo evidenciar que se realizó la evaluación del cumplimiento de los estándares mínimos, de la Resolución No. 0312/2019, con un resultado del nivel de evaluación ACEPTABLE. Sin embargo, la Oficina Asesora de Control Interno, considera que no corresponde con las observaciones encontradas en el proceso auditor interno.

Se sugiere que a través del Comité del Sistema Integrado de Gestión de la Calidad y Control Interno SICME se revisen los documentos que se elaboren, eliminen, ajusten, del SGSST, con el propósito de estandarizar los procedimientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, en la entidad. Lo anterior, como punto de control de los documentos y registros SGSST y soporte documental necesario para el correcto funcionamiento del sistema en cumplimiento de la normativa.

Se recomienda la inserción de los documentos tales como: permisos, incapacidades, licencias entre otros documentos a las historias laborales o hojas de los funcionarios del FBSCGR. Adicionalmente, que estos documentos sean cargados en Alfabet como copia a la Profesional de SST para el informe de ausentismo y los físicos sea incorporados a las hojas de vidas, por el área de talento humano.

Respecto a la custodia de las Historias clínicas de los funcionarios, se indica en la Resolución No. 0312/2019, que la custodia debe estar a cargo de una institución prestadora de servicios en SST o del médico que practica las evaluaciones medicas ocupacionales. No obstante, la entidad debe tener copia de las historias clínicas de los trabajadores, debido a que siempre sea manejado a través de un contrato, sin tener en cuenta que para cada vigencia se viene cambiando de contratista, y no se prevé la consolidación de las historias clínicas, en un evento de reclamación. Por lo tanto, se recomienda revisar y contemplar la sugerencia de la OCI o también se podría contemplar la posibilidad de contratar un médico laboral por medio tiempo en la planta de personal del Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la Republica, para ubicarlo en el Centro Médico y a través del cual realizar los exámenes médicos ocupacionales requeridos. Así mismo, se recomienda estudiar la posibilidad de realizar un eventual proceso de contratación, para el servicio de consultoría, para *“Elaborar el documento del Plan de Gestión Integral de Residuos Sólidos (PGIRS)”* para las tres sedes del FBSCGR.

De la revisión de las múltiples actividades que hacen falta ejecutar e implementar del SGSST, para las tres sedes del FBSCGR, sería importante que el área encargada contara con un apoyo o acompañamiento en la realización y ejecución de las actividades indicadas en la normatividad vigentes, debido a la falta de efectividad en el desarrollo y cumplimiento de los estándares mínimos SGSST.

PLAN DE MEJORAMIENTO AGR.

Del seguimiento realizado al Plan de Mejoramiento suscrito con la Auditoría General de la República, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales se registran en el cuadro No. 1:

AREA RESPONSABLE	Vencidas Vig. Anteriores	Sin Vencer al 2019	Vencidas a junio 2019	Finalizadas	TOTAL
Gerencia	-	-	-	2	2
Gerencia - Dirección Administrativa	-	-	-	2	2
Gerencia - Dirección Administrativa - Dirección de Desarrollo	-	-	-	3	3
Gerencia y Dirección de Desarrollo y Bienestar	1	-	-	-	1
Asesoría Financiera - Planeación	-	-	-	3	3
Asesoría Jurídica	6	3	3	11	23
Comité y subcomité de Sostenibilidad Contable	-	-	-	1	1
Dirección Administrativa	1	5	-	17	23
Dirección Administrativa y Dirección de Desarrollo	-	2	-	-	2
Dirección Administrativa y Talento Humano	4	-	-	-	4
Dirección Administrativa y Recursos Físicos	2	-	-	-	2
Dirección Administrativa - Recursos Físicos – Contabilidad	-	-	-	3	3
Contabilidad	-	1	-	12	13
Contabilidad – Presupuesto	-	-	-	1	1
Presupuesto	-	-	-	1	1
Recursos Físicos	1	-	1	3	5
Contratación	2	11	-	8	21
Dirección de Desarrollo	-	2	1	3	6
Cartera	-	-	-	3	3
Tesorería	-	1	1	1	3
Talento Humano	-	1	-	18	19
Colegio	3	-	-	1	4
Crédito	-	1	1	2	4
TOTALES	20	27	7	95	149



FONDO DE BIENESTAR SOCIAL
CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

SICME

Código: F-E-220-73

MACROPROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Versión: Vr.1

PROCESO: CONTROL INTERNO

Fecha de Aprobación:
Septiembre 27 de 2016

Nombre del Formato: Informe pormenorizado
Control Interno

Página 13 de 14

De conformidad con la información encontrada en el Plan de Mejoramiento AGR consolidado, se evidencia que las acciones vencidas de vigencias anteriores corresponden a las siguientes áreas: Colegio con tres (3), Contratación dos (2), Recursos Físicos (1), Dirección Administrativa y Recursos Físicos dos (2), Dirección Administrativa y Talento Humano cuatro (4) acciones, Dirección Administrativa y Financiera (1), Asesoría Jurídica seis (6) y Gerencia y Dirección de Desarrollo y Bienestar (1), para un total de (20) acciones vigencias anteriores. Adicionalmente, se encontraron (7) acciones vencidas de la vigencia 2019, que corresponden a las áreas de crédito con (1), tesorería (1), cartera (1), recursos físicos (1) y asesoría jurídica (3).

7.6. EVALUACION Y SEGUIMIENTO

En cumplimiento de los procedimientos establecidos para los procesos de seguimiento, evaluaciones y las auditorías internas que realiza la Oficina Asesora de Control Interno, las áreas responsables de los procesos y actividades evaluados presentan los respectivos planes de mejoramiento internos donde se indica las acciones de mejoramiento con el propósito de corregir o subsanar las deficiencias o las observaciones plasmada en los informes definitivos. De acuerdo con lo anterior, la OCI, realiza seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejora correspondiente a cada una de las áreas, los resultados son comunicados a los Integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Así mismo, se radican los informes respectivos.

PLANES DE MEJORAMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO.

Del seguimiento realizado a los Planes de Mejoramiento suscrito con la Oficina Asesora de Control Interno-FBSCGR, en los cuales se encontraron los siguientes resultados, por áreas responsables. Así se indica en el cuadro No. 2:

PROCESO	ACCIONES PLANES	CUMPLIDAS CERRADAS	ACCIONES CON AVANCE	SIN AVANCE	TOTA ACCIONES ACTIVAS
Asesoría Jurídica	23	22	1	0	1
Colegio	7	4	2 modificada	1	3
Contabilidad	10	9	1		1
Contratación	27	16	10	1	11
Dirección de Desarrollo Recreación Cultura y Deporte	20	6	5	9	14
Presupuesto	1		1		1
Recursos Físicos (Archivo)	4			4	4
Recursos Físicos (Inventarios)	17	17	0	0	0
Talento Humano	39	35	3	1	4
Tesorería	1			1	1
TOTAL	149	109	22	18	40

 FONDO DE BIENESTAR SOCIAL CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA	SICME	Código: F-E-220-73
	MACROPROCESO: SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	Versión: Vr.1
	PROCESO: CONTROL INTERNO	Fecha de Aprobación: Septiembre 27 de 2016
	Nombre del Formato: Informe pormenorizado Control Interno	Página 14 de 14

De acuerdo con los resultados obtenidos del seguimiento realizado a las acciones de mejoramiento indicadas en los Planes de Mejoramiento internos, se cumplieron (109), con avance (22) acciones y sin avance (18) acciones. Por consiguiente, quedan activas para ejecución y cierre (40) acciones. Se recomienda culminar la ejecución de las acciones, para el cierre total de las acciones indicadas en los planes dentro de los plazos establecidos.

Se resalta el compromiso y seguimiento liderado desde la Gerencia y los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, sobre los avances y cumplimiento de los planes de mejoramiento internos.

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

Se recomienda a la Administración que se continúe realizan capacitaciones dirigidas a los funcionarios, sobre el autocontrol, autoevaluación, autogestión y en la aplicación del Modelo Estándar de Control Interno MECI, en desarrollo de sus componentes. Lo anterior, con el propósito de mitigar los posibles riesgos que se puedan presentar, en la ejecución de las actividades en cada uno de los procesos.

Adicionalmente, es importante que se continúe realizando el seguimiento al cumplimiento y avance a los planes institucionales. Debido a que lo anterior, permite medir la capacidad de la entidad de conocer de manera permanente los avances de su gestión y la consecución efectiva de los resultados planteados con la oportunidad, cantidad y calidad esperadas e implementar acciones para mitigar los riesgos que la desvían del cumplimiento de sus objetivos y metas; así mismo, el compromiso de la entidad para identificar aciertos y desaciertos en su gestión y promover acciones de mejora para superarlos.