

TERCER INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO 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, en cumplimiento al artículo 9° de la Ley 1474 de 2011, Estatuto de Anticorrupción, que dispone que el Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, debe publicar este informe en la página web de la entidad, cada cuatro (4) meses durante la vigencia fiscal.

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 integrado por 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 ESTRATEGICO 2019-2022.

La entidad cuenta con un Plan Estratégico para las vigencias (2019-2022), el cual se viene ejecutando a través del Plan de Acción en cada periodo fiscal. Adicionalmente, los Planes y Programas recogen las acciones y actividades a ejecutar en las vigencias fiscales, corto, mediano y largo plazo, en cumplimiento de sus objetivos institucionales.

La visión proyectada en el nuevo Plan Estratégico- 2019- 2022, es desarrollar los programas de bienestar social con una alta calidad y amplia cobertura en mejorar las condiciones de vida personal y familiar de nuestros beneficiarios y contribuir a alcanzar niveles de satisfacción en el empleo y el logro de sus proyectos personales de vida. El Plan Estratégico-2019-2022, se conformó con una nueva misión y visión.

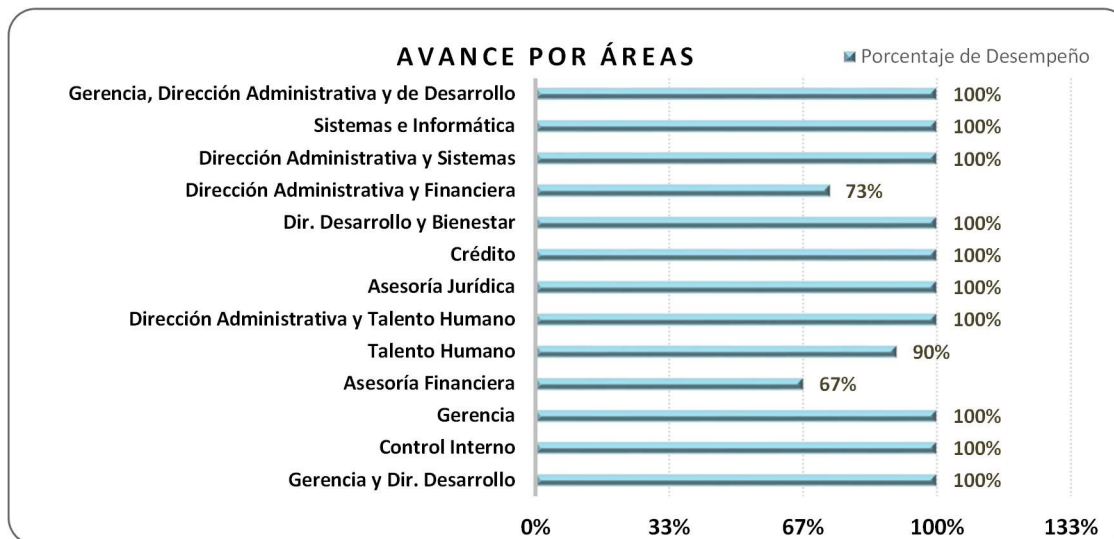
PLAN DE ACCION INSTITUCIONAL.

En el Plan de Acción 2019, desde el punto de vista de su estructura estratégica se establecieron 26 acciones o actividades distribuidas entre los grupos de trabajo así:

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

Tabla No. 01- Acciones Por Grupo de Trabajo.

Grupos de Trabajo	Porcentaje de Desempeño	Esperado en el periodo	Acciones con Avance	Acciones Sin avance	Acciones Cumplidas	Total Acciones	Acciones Vencidas
Gerencia y Dir. Desarrollo	100%	100%	0	0	1	1	0
Control Interno	100%	100%	0	0	1	1	0
Gerencia	100%	100%	0	0	3	3	0
Asesoría Financiera	67%	100%	1	0	0	1	1
Talento Humano	90%	100%	1	0	2	3	1
Dirección Administrativa y Talento Humano	100%	100%	0	0	4	4	0
Asesoría Jurídica	100%	100%	0	0	1	1	0
Crédito	100%	100%	0	0	1	1	0
Dir. Desarrollo y Bienestar	100%	100%	0	0	2	2	0
Dirección Administrativa y Financiera	73%	100%	1	1	4	6	2
Dirección Administrativa y Sistemas	100%	100%	0	0	1	1	0
Sistemas e Informática	100%	100%	0	0	2	2	0
Gerencia, Dirección Administrativa y de Desarrollo	100%	100%	0	0	1	1	0
TOTALES			3	1	22	26	4

Grafica No.01. Cumplimiento por Respónsables o Áreas


De acuerdo con la verificación a las (26) acciones formuladas en el Plan de Acción de la vigencia 2019, se determinó un cumplimiento del 85%, correspondiente a (22) acciones registradas al 100% y (4) acciones pendientes de su culminación que representan el 15% de las acciones. Por consiguiente, se recomienda que las acciones que quedaron pendiente de su ejecución, sean incluidas en el Plan de Acción para el 2020.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

Se recomienda que, en la formulación del próximo Plan de Acción, unificar los tiempos de formulación y seguimiento de los planes de ley como Plan Anual de Adquisiciones, el Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo, el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y el Plan Institucional de Capacitación a otros planes que se manejan internamente. Por lo que se recomienda la integración de los Planes Institucionales de la entidad.

Sobre la pertinencia de institucionalizar la elaboración de los siguientes planes, los cuales se podrían dar por fases o etapas, iniciando con los planes que actualmente se elaboran en cumplimiento de la norma como son:

- Plan Anticorrupción y de atención al usuario
- Plan Anual de adquisiciones
- Plan Institucional de Capacitación
- Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo

A los cuales se pueden asignar tres (3) acciones de manera general:

- Formulación y publicación de los planes antes del 31 de enero de cada vigencia
- Seguimiento al cumplimiento de los planes formulados I semestre
- Seguimiento al cumplimiento de los planes formulados II semestre

PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO.

Para el reporte del presente informe, se consolidaron los reportes de las áreas que registraron en la plataforma Drive al 31/12/2019, evidenciando una ejecución final del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano del 98,11%, calificado acorde a los parámetros de la Cartilla de Estrategias del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano Versión 2, **en el rango de Zona Alta (VERDE)** y de acuerdo al siguiente detalle:

Tabla N° 02 Cumplimiento Por Componente.

COMPONENTE	% DE CUMPLIMIENTO
Mapa Riesgos Corrupción	96,10%
Racionalización de Trámites	100,00%
Rendición de Cuenta	100,00%
Mecanismos para Mejorar la Atención Al Ciudadano	100,00%
Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la Información	100,00%
Iniciativas adicionales	
PONDERADO	98,11%

En el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano-PAAC-2019, desde el punto de vista de su estructura estratégica se establecieron (33) acciones o actividades distribuidas por grupos de trabajo encontrando que la Gerencia y la Dirección Administrativa y Financiera son los que mayor número de actividades tienen asignadas en el Plan con 8 y 4 respectivamente.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

Respecto a las áreas que todavía tienen actividades pendientes de ejecutar al 100%, son Recursos Físicos y Archivo, el Centro Médico y la Asesoría Jurídica. Se presenta el detalle en la Tabla N°03 y en la gráfica No. 02 que se relacionan a continuación:

Tabla N° 03. Cumplimiento Por Áreas.

ESTADO DEL PAAC POR ÁREA	% DE CUMPLIMIENTO	# DE ACTIVIDADES FORMULADAS EN EL PLAN
Asesoría Control Interno	100,00%	1
Atención al Usuario	100,00%	1
Cesantías	100,00%	1
Planeación	100,00%	3
Recreación, Cultura y Deporte	100,00%	2
Sistemas	100,00%	2
Asesoría de Gerencia	100,00%	3
Talento Humano	100,00%	2
Crédito	100,00%	1
Tesorería	100,00%	1
Gerencia	100,00%	8
Dirección Administrativa Y Financiera	100,00%	4
Recursos Físicos y Archivo	67,00%	1
Centro Médico	91%	1
Asesoría Jurídica	80%	1
Asesoría Jurídica	100,00%	1

Se recomienda, en la formulación del componente de “*Racionalización de Trámites*”, revisar el Decreto N° 2106 del 22 de noviembre de 2019, “*Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública*”. Debido a que hay nuevos lineamientos al respecto.

En la formulación del PAAC de la siguiente vigencia, revisar la pertinencia y utilidad en la formulación de indicadores de cada una de las actividades del plan, en razón a que se encontraron casos en los que el indicador formulado y publicado en el Portal Web Institucional, es diferente del indicador relacionado en los *Reportes de avance de los planes de las áreas*.

Se sugiere la inclusión del Componente de “*Iniciativas Adicionales*” para el ejercicio de la planeación del PAAC; estrategias que va encaminada al fomento de la integridad, la participación ciudadana, la transparencia y eficiencia en el uso de los recursos físicos, financieros, tecnológicos y así como talento humano.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

7.2. EVALUACIÓN DEL RIESGO

La Oficina de Control Interno cuenta con un procedimiento para la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno acorde con los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública en esta materia. Se cuenta con una visión de mejoramiento continuo, a través de las auditorías que practica la Oficina de Control Interno, acorde con la normatividad aplicable y la aprobación del Comité Coordinación de Control Interno y el Programa Anual de Auditorías. Como resultado de estas verificaciones, los procesos y/o dependencias presentan planes de mejoramiento en los cuales se proponen acciones correctivas que dan respuesta a las deficiencias encontradas.

MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL

- **Conformación del Mapa de Riesgos**

El mapa de riesgos se encuentra publicado en la página Web del Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República, con el cual inició la vigencia 2019 y permanecerá vigente hasta enero de 2020. En cuanto a su conformación, el mapa presenta la siguiente composición al cierre de la vigencia 2019, de conformidad con la Matriz de Seguimiento que fue consolidada y asesorada por el área de Planeación.

El Mapa de Riesgos está conformado por (35) riesgos, de los cuales (14) son riesgos de corrupción, todos ellos asociados a 8 áreas y programas. Los Riesgos de Proceso identificados y valorados son (21), los cuales están asociados a 13 áreas y programas. En general, los riesgos están asociados a los procesos del Sistema Integrado de Gestión de Calidad y Modelo Estándar de Control Interno (SICME).

- **Riesgos.**

El Mapa de Riesgos de Corrupción está conformado por (14) riesgos de corrupción y (16) acciones preventivas como se mencionó; sin embargo, están asociados a 8 áreas, que representan solo el 33% de la estructura organizacional; tampoco incluye áreas susceptibles de riesgos de corrupción por su complejidad como Cartera, Contabilidad, Crédito o del nivel estratégico como Planeación. Teniendo en cuenta lo anterior, es pertinente identificar y gestionar todos los riesgos, incluyendo los referentes a los trámites y servicios como: Cobros asociados al trámite, tráfico de influencias (amiguismo, persona influyente) y/ o demorar su realización. El Mapa de Riesgo por Proceso se identificaron (21) riesgos y (27) acciones preventivas.

Se cuenta con el Manual de Riesgos Institucional vigente desde diciembre 20 de 2017; en el mismo se establece la política y el marco general de la gestión del riesgo, los cuales deberán ser revisados periódicamente y/o cuando se presenten circunstancias o sucesos que así lo ameriten, por lo que se recomienda dar alcance de estas actividades al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y realizar la revisión de la política y objetivos.

- **Acciones del Mapa de Riesgos de Proceso.**

De acuerdo con la revisión efectuada a la matriz consolidada del Mapa de Riesgos de procesos la cual se encuentra en Drive, se determinó que se cumplieron (12) acciones al 100%, (12) acciones que se encontraron con la fecha vencidas, las cuales presenta la siguiente condición (7) registran avance y (5) no registran ningún avance. Adicionalmente, existen (3) acciones que están prevista su ejecución en el mes enero 2020, de la siguiente manera (2) registran avance y (1) sin avance.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

- **Efectividad de los Controles.**

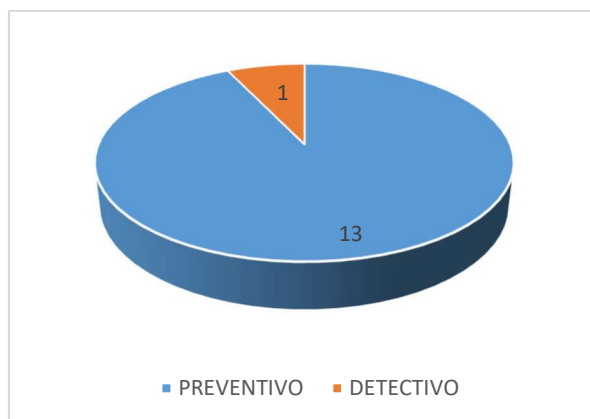
Se formularon 43 acciones preventivas para los riesgos institucionales.

Según lo reportado por las áreas, no se han materializado los riesgos, por lo que se presume la efectividad de las acciones preventivas. Sin embargo, se recomienda que los controles se desplieguen a través de los procedimientos documentados, especialmente, los relacionados con los Riesgos de Corrupción.

Respecto al desplazamiento del riesgo inherente para calcular el riesgo residual, tratándose de riesgos de corrupción únicamente hay disminución de probabilidad. Es decir, para el impacto no opera el desplazamiento. Teniendo en cuenta esto, se recomienda que en las mesas de trabajo adelantadas por el Área de Planeación para la revisión de los riesgos con las áreas de trabajo se aplique dicho lineamiento, toda vez que en la matriz vigente en el 50% de los riesgos residuales se reduce el resultado de la valoración luego de aplicar los controles.

En cuanto a la clasificación de los controles se desarrolló y se encuentra alineado a la Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Control en Entidades Públicas, expedida en agosto de 2018 por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y MinTIC, en los cuales la naturaleza del control más representativa es de tipo Preventiva (ver gráfica N° 01), lo cual es deseable a fin de evitar la corrupción.

Gráfica N° 02: Naturaleza del control



Se cuenta con las pruebas y registros de las acciones preventivas, los cuales reposan en el Drive de cada área responsable de gestionar los riesgos. Sin embargo, se encontró que en los riesgos de corrupción especialmente, las actividades desarrolladas respecto al Periodo Seguimiento, Fecha de Inicio DD/MM/AA, "Fecha de terminación DD/MM/AA" y la Acción del Monitoreo y Revisión, no están alineadas a los productos entregados (registro evidencia) por las áreas en los seguimientos efectuados, en donde se desarrolló el producto conforme al indicador, pero no conforme a la periodicidad establecida.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

La Periodicidad de seguimiento de las acciones preventivas más representativa es semestral con 12 de las acciones, tal como se presenta la siguiente tabla. Sin embargo, de las acciones formuladas en los riesgos de corrupción el 68% se realizan entre enero 29, diciembre 2019 y enero de 2020, lo que podría revisarse respecto a la oportunidad para la mitigación del riesgo, ya que los plazos están a intervalos muy largos. Así mismo, analizar la efectividad de los controles anuales.

Tabla N° 04 Periodicidad de los controles

PERIODICIDAD DE LOS CONTROLES	N° DE CONTROLES
Anual	9
Semestral	12
Cuatrimestral	7
Cuatrimestral y Anual	1
Trimestral	8
Mensual	6

Respecto al tratamiento de los riesgos, en el Manual de Riesgos Institucional establece que en “los riesgos de corrupción, las acciones que se deben tener en cuenta son: evitar o reducir el riesgo. De igual manera, para adelantar todas las etapas de los riesgos de corrupción se debe tener en cuenta la metodología diseñada por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República”. Sin embargo, la metodología establecida en la Guía para la Administración de los Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el Diseño de Control en Entidades Públicas, expedida en agosto de 2018 por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP y MinTIC, establece tres tipos de tratamiento, incluyendo Compartir el riesgo:

- **REDUCIR EL RIESGO:** Se adoptan medidas para reducir la probabilidad o el impacto del riesgo, o ambos; por lo general conlleva a la implementación de controles.
- **EVITAR EL RIESGO:** Se abandonan las actividades que dan lugar al riesgo, es decir, no iniciar o no continuar con la actividad que lo provoca.
- **COMPARTIR EL RIESGO:** Se reduce la probabilidad o el impacto del riesgo transfiriendo o compartiendo una parte de este. Los riesgos de corrupción se pueden compartir, pero no se puede transferir su responsabilidad.

Por lo anterior, se recomienda incluir dentro de los tratamientos *Compartir el riesgo*. Así como también, en la matriz donde se consolida el mapa de riesgos de corrupción en la *Valoración del Riesgo de Corrupción*, columna *Tratamiento*, establecer la opción de manejo mencionadas anteriormente, ya que en la actualidad no se asocia el nombre de la opción de manejo: Evitar o Reducir el Riesgo, lo cual puede dar mayor claridad a los responsables de formular las acciones.

Se recomienda incluir dentro de los tratamientos de Riesgos de Corrupción el de *Compartir el riesgo*. Así como revisar la estructura del formato en el cual se formula el Mapa de Riesgos de Corrupción del FBSCGR y los riesgos de Seguridad digital, con el fin de alinearlos al formato del Mapa y plan de tratamiento de riesgos establecido en la Guía para la Administración del riesgo y diseño de controles para entidades públicas expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP- 2018.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

Se requiere fortalecer aspectos como:

- Específicamente el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, evaluar y dar línea sobre la administración de los riesgos en la entidad/ Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica).
- Ayudar a la primera línea con evaluaciones del impacto de los cambios en el SCI/ Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).
- Identificar y evaluar los cambios que pueden afectar los riesgos al Sistema de Control Interno/ Asesoría de Control Interno de Control Interno.

7.3. ACTIVIDADES DE CONTROL

El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República, cuenta con un Plan de Estratégico para el cuatrienio (2019-2022), y tiene definido un estilo de dirección, en el cual se priorizan los principios de la Gestión Pública, como la transparencia, integridad y responsabilidad Pública, entre otros. Posee y aplica una política de calidad institucional, tiene planes y programas acordes con su misión institucional. De otro lado, cuenta con una estructura organizacional, con distribución de funciones y responsabilidades que le permite desarrollar sus tareas con eficiencia. Sin embargo, cada vez que ha identificado riesgos y amenazas ha implementado las acciones correspondientes para mitigarlos valorando los mismos, y procediendo a conjurarlos con la participación de todos los funcionarios involucrados en dicho proceso, todo en armonía con las disposiciones legales y las directrices del FBSCGR.

La entidad tiene definido para cada vigencia fiscal un Plan de Acción, así como el Plan de Adquisiciones, que recoge las principales acciones a ejecutar para cada año. Así mismo, cuenta con el Código de Integralidad, Manual de Funciones y Competencia Laborales, donde se establecen los valores a seguir por todos sus funcionarios para guiar y orientar las acciones de las distintas áreas del Fondo, para generar autoridad, confianza y capacidad en el logro de los objetivos institucionales.

Se cuenta con los Programas de Bienestar Social y Salud Ocupacional y Programa de Capacitación, los cuales son herramientas de gestión que se desarrollan y ejecutan de acuerdo con lo establecido en el Plan de Acción. También, suscribió los Acuerdos de Gestión con los funcionarios del nivel directivo, en los cuales se pactan compromisos y metas institucionales.

También se cuenta con Manual de Riesgos Institucional; en el mismo se establece la política y el marco general de la gestión del riesgo, los cuales deberán ser revisados periódicamente y/o cuando se presenten circunstancias o sucesos que así lo ameriten, por lo que se recomienda dar alcance de estas actividades al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y realizar la revisión de la política y objetivos.

El Fondo de Bienestar Social de la Contraloría General de la República es una entidad que ofrece planes de crédito, desarrolla programas de salud, educación, recreación, cultura y deporte, administra las cesantías, el Colegio de los hijos de los funcionarios y el Centro Médico, en cuya labor está comprometida con la satisfacción de las necesidades de bienestar de sus clientes, basado en un talento humano competente, íntegro, proactivo, comprometido con la calidad y el mejoramiento continuo de los procesos.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

Las actividades del FBSCGR se encuentran organizadas bajo el modelo de procesos, cuya secuencia e interacción conforma el mapa de procesos del Sistema Integrado de Gestión. Estos procesos se encuentran clasificados en procesos estratégicos, procesos misionales, procesos de apoyo, procesos de seguimiento y evaluación. La actualización de los documentos SICME, se realiza de manera permanente.

Durante la vigencia 2019, se establecieron mecanismos de control y seguimiento del cumplimiento de los planes Institucionales y ejecución de las actividades de cada uno de los procesos, se expidieron directrices a través de la expedición de Circulares y se impartieron lineamientos con el propósito de mitigar los posibles riesgos.

A través de los diferentes Comités Institucionalizados tales como:

Comité Directivo

Comité Institucional de Coordinación de Control Interno

Comité del Sistema de Gestión Integral de la Calidad y Control Interno MECI- SICME.

Comité de Sostenibilidad Contable.

Comité de Cartera

Comité de Contratación entre otros.

Se establecen las fechas límites para la entrega de los informes internos; esto, con el fin de lograr los objetivos misionales y la planeación estratégica. Los informes son:

- Informe de gestión
- Plan de acción
- Mapa de riesgos institucional
- Plan anticorrupción y de atención al ciudadano
- Indicadores de gestión
- Plan de mejoramiento – AGR

El Monitoreo, y registro de información de riesgos en la herramienta Drive, es realizado por cada uno de los responsables en los procesos y Planeación consolida los controles establecidos en los riesgos identificados y presenta ante el Comité Directivo el resultado obtenido para gestionar su ejecución y cumplimiento. Posteriormente, la Oficina Asesora de Control Interno, realiza la verificación de la información reportada en Drive, con el fin de establecer la efectividad.

Respecto a la gestión de los riesgos, la Oficina Asesora de Control Interno, comunica los informes productos de las evaluaciones para que las áreas tomen las acciones correctivas, frente a las observaciones y recomendaciones indicadas en los diferentes informes.

Se requiere fortalecer aspectos como:

- Establecer procesos para monitorear y evaluar el desarrollo de exposiciones al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente/ Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).
- Asegurar que el personal responsable investigue y actúe sobre asuntos identificados como resultado de la ejecución de actividades de control/ Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa).

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS- OCI.

De los resultados obtenidos en el seguimiento realizado a las acciones de mejoramiento indicadas en los Planes de Mejoramiento Internos-OCI, tenemos que de las (113) acciones correctivas planteadas, se cumplieron (58) acciones al 100% y fueron efectivas (21) acciones vencidas con corte al 31/12/2019 y (34) acciones programadas para ser ejecutadas durante la vigencia 2020. Como se registra en la tabla No. 05.

Tabla No. 05 Resultados Plan Mejoramiento.

PLANES DE MEJORAMIENTO-OCI -2019	FORMULADAS	CON AVANCES Y VENCIDAS 2019	CUMPLIDAS AL 100%	ACCIONES PARA 2020
ACCIONES	113	21	58	34

PLAN DE MEJORAMIENTO EXTERNO-AGR.

De acuerdo con el informe final comunicado por AGR, correspondiente a la vigencia fiscal 2018 y en ejecución al Plan General Auditoria del 2019, se indica que tres (3) acciones de mejoramiento no se cumplieron y cinco (5) inefectivas. De lo anterior, es para que estas acciones tienen que ser nuevamente relacionadas en el Plan de Mejoramiento para la vigencia 2020.

Respecto a las acciones del Plan de Mejoramiento formuladas para finalizar en la vigencia 2019, tenemos los siguientes resultados en la tabla No. 06:

Tabla No. 06 Resultados Plan Mejoramiento.

PLAN MEJORAMIENTO-AGR-2018	FORMULADAS	CON AVANCES Y VENCIDAS 2019	CUMPLIDAS AL 100%
ACCIONES	48	8	40

De la revisión efectuada se determinó que de las (40) acciones que registra con un cumplimiento del 100%, cuatro (4) acciones no fueron efectivas, debido a que, no se erradicó de raíz la deficiencia. Así mismo, (8) acciones registran avances, pero no se culminó su ejecución en la fecha indicada en el plan.

7.4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

ATENCIÓN AL USUARIO

Una vez revisada la base documental que orienta las actividades desarrolladas por el Grupo Atención al Usuario, se encontraron en el SICME cuatro (4) formatos, dos (2) procedimientos y un (1) manual, a los cuales se les realizó las siguientes recomendaciones:

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

Revisar y actualizar la base documental del Grupo Atención al usuario, con el fin de armonizar la clasificación de la documentación y mantener información documentada que apoya la operación de sus procesos y garantiza la conservación de la misma para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado. Lo anterior, teniendo en cuenta que se encontró:

- La codificación de los documentos se ubica en dos procesos diferentes.
- El marco normativo referencia normas que requiere actualización.
- Los documentos actualizados en el año 2016 no cuentan con la fecha exacta en el control de las versiones de cambios.
- Existe documentación que no se actualiza desde el año 2013.
- El termino PQR no se encuentra estandarizado en la documentación, encontrando: PQRSS y PQRDs. En el Portal Web institucional se encuentra como PQRDS.
- En la revisión y actualización del marco normativo, se recomienda el uso de la herramienta *Gestor Normativo* dispuesta por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP. Así como también consultar el *Sistema Único de Información Normativa – SUIN* del Ministerio de Justicia y del Derecho.

PETICIONES, RECLAMOS, QUEJAS, DENUNCIAS Y SUGERENCIAS. – PRQDS

Se evidenció que, en el Portal Web institucional, se encuentran publicados los Informes trimestrales de PQRDs, destacando lo siguiente:

En el Informe de PQRDs del III trimestre de la vigencia, El promedio en los tiempos de respuesta de las PQRDS durante el tercer trimestre de 2019 fue de ocho (8) días hábiles, incrementándose en un (1) día hábil con relación al segundo trimestre de 2019. De las 191 PQRDs recibidas durante el tercer trimestre de 2019, se evidencia que se ha dado respuesta a 182 PQRDs que equivale al 95% de las mismas.

GESTIÓN DE SISTEMAS

Se evidencia el cumplimiento de las directrices emitidas por el Ministerio TIC, respecto al ajuste de 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. Toda vez que se cuentan con cuatro (4) aplicaciones migradas (Alfanet, Gestión Médica, Crédito y Cartera y Portal Web Institucional) y registradas en dominios IPV6.

En el mes julio de 2019, fue aprobada por parte de la Gerente del FBS la Política General de la Seguridad y Privacidad de la Información.

En el mes de agosto de 2019, fue actualizado el *Índice de información clasificada y reservada* y el *Registro de activos de información*, que hacen parte de los instrumentos de información pública que trata la Ley 1712. Respecto al *Esquema de publicación*, se requiere revisar y ajustar con el fin de que esté alineado a las políticas de MINTIC.

Mediante Resolución N° 000403 del 20 de diciembre de 2019, “*por la cual se conforma el Comité de Sistemas y se adopta el Plan Estratégico de Tecnología de la Información y las Comunicaciones (PETI) del Fondo de Bienestar Social de la CGR*”; lo anterior, permitirá desarrollar las actividades de Gobierno Digital, así como realizar el diseño, seguimiento y publicación del Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información y el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

SISTEMA ELECTRONICO PARA LA CONTRATACIÓN PÚBLICA- SECOP.

Se encontró que, en los procesos de contratación, no se dio estricto cumplimiento a la publicación de la totalidad de los documentos expedidos dentro de los procesos de contratación, conforme lo indica el artículo 2.2.1.1.1.7.1 del Decreto 1082 de 2015; omitiendo la publicación de los documentos e información y vulnerando el término de publicación en el Sistema Electrónico de Contratación Pública.

Se recomienda dar cumplimiento a los términos previstos en la ley, con el propósito de evitar que el ente de control externo, realice observaciones al respecto. Así mismo, se recomienda que se continúe trabajando en la implementación del SECOP II, para que se cumpla con la fecha exigida por Colombia Compra Eficiente en la vigencia 2020.

Se requiere fortalecer aspectos como:

- Comunicar a la alta dirección asuntos que afectan el funcionamiento del control interno/ Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).
- Comunicar a la primera y la segunda línea, aquellos aspectos que se requieren fortalecer relacionados con la información y comunicación/ Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).

7.5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

En desarrollo a las actividades ejecutadas por la Oficina Asesora de Control Interno durante el tercer cuatrimestre, se establecieron deficiencias en los mecanismos de control interno, relacionadas con la valoración del riesgo, actividades de control, monitoreo, aplicación de los procedimientos internos, información y comunicación, como ejemplo relacionamos a continuación:

AUDITORIA INTERNA COLEGIO

En el desarrollo de la auditoría practicada al Programa de Educación (Colegio de los Empleados de la Contraloría General de la Republica) se determinaron (22) observaciones las cuales fueron comunicadas con el informe final, para la elaboración de un plan de mejoramiento interno, para subsanar las deficiencias encontradas.

Se resaltar el análisis financiero donde se evidencia que el programa de educación del Colegio, le genera unos costos que supera los ingresos recibidos, costo/beneficio, debido a que le saldría más beneficio a la entidad, prestar el apoyo educativo a todos los estudiantes del Colegio, en aplicación de la "(...) *Política de Apoyos Educativos* (...)", que corresponde a prestar apoyo económico de educación para los hijos de los funcionarios de la CGR y FBSCGR, como se hace con los beneficiarios de las Gerencias Departamentales Colegidas. En consecuencia, se podría estudiar la posibilidad del cambio del apoyo económico. No obstante, se crea la necesidad de realizar un análisis de los riesgos sobre las finanzas y la estabilidad financiera del FBSCGR. En cumplimiento de los numerales 1 al 12 del artículo 12 del Decreto 2880/1994, lo cual podría mejorar a la institución y garantizando seguridad, rentabilidad y liquidez, para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

Respecto a la Capacidad Instalada, de acuerdo con el informe, se indica que con la capacidad instalada con la infraestructura que en la actualidad tiene el Colegio y el talento humano (docentes), se podría atender aproximadamente 735 estudiantes y no se necesitaría más docentes, ni directivos ni personal administrativo para cubrir la cobertura educativa para la atención de los 735 estudiantes, conforme al informe entregado por la señora rectora.

Los documentos publicados en el SICME, deben revisarse y ajustarse de acuerdo con las actividades que ejecuta por el Colegio. Así mismo, se evidenció falta de unificación de criterios relacionados con el manejo del programa de educación, en cumplimiento al Sistema de Gestión de Calidad y al Modelo Estándar de Control Interno-MECI.

Se encontró que no se viene realizando las evaluaciones de desempeño a los docentes que laboran en el Colegio para Hijos de los Trabajadores de la CGR. Lo anterior, en contravía de los artículos 2.4.1.5.1.8 y 2.4.1.4.1.5, del Decreto 1075/2015.

Se encontró que desde el año 2017, se presentó una propuesta con el fin de articular al Colegio con el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, con el propósito de buscar una doble titulación para los estudiantes que se gradúan como bachilleres del Colegio. Se recomienda que se revise y se estudie la viabilidad de la propuesta.

Se requiere asistencia de trabajo social, psicólogo, terapia de lenguaje y terapia ocupacional, de manera urgente para mitigar las situaciones familiares de los niños del Colegio. Así se recomienda que se continúe con el seguimiento permanente de las situaciones que se presente en la comunidad educativa del Colegio. Lo anterior, para disminuir los riesgos ocurrencia de situaciones que afectan la convivencia escolar y promover la construcción de un clima de confianza, tolerancia y respeto entre todos los integrantes de la comunidad educativa.

CERTIFICACIÓN SISTEMA UNICO DE INFORMACIÓN LITIGIOSA –EKOGUI.

En certificación expedida en el mes septiembre del 2019, se realizó las recomendaciones sobre la actualización permanente de la información en el sistema respecto a los usuarios, capacitación, asignación de los apoderados, conciliaciones y procesos terminados y activos de los Procesos ejecutivos, Procesos Contenciosos Administrativos, calificación del Riesgos y Provisión Contable, entre otros.

SISTEMA DE INFORMACIÓN Y GESTIÓN DEL EMPLEO PUBLICO-SIGEP.

De acuerdo con la revisión efectuada a la plataforma virtual SIGEP, sobre el reporte de la información, por parte de Talento Humano de la entidad, se entregaron unos correos electrónicos entre la profesional responsable y el asesor del Departamento Administrativo de la Función pública, donde se informa que se están realizando ajustes en el aplicativo. Por consiguiente, no se pudo determinar el ingreso al sistema para determinar la información reportada por la entidad se encuentra actualizada. Sin embargo, se recomienda impartir un término perentorio para que los funcionarios del FBSCGR actualicen la información de sus hojas de vida y se realice la actualice la información en la plataforma del SIGEP.

PLAN DE ADQUISICIONES.

La entidad cumplió con el término establecido para la publicación del Plan Anual de Adquisiciones de la vigencia 2019, como lo establece la Guía de Colombia Compra Eficiente. Se realizaron tres actualizaciones, sin embargo, su publicación no fue oportuna, debido a que el 28 de febrero se hace la modificación y hasta el 2 de septiembre se registra su publicación en el portal web institucional.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

Del análisis efectuado, se encontró que no existen informes de seguimiento ni se tienen implementado mecanismos de control para determinar el normal desarrollo y ejecución del Plan Anual de Adquisiciones. Por consiguiente, se recomienda que los responsables de esta labor la realicen de manera oportuna en el transcurso de la vigencia fiscal.

Se observa que existe un número mayor de contratación proyectada que la ejecutada. Situación que advierte falta de planeación en la determinación de las necesidades. Por lo tanto, se recomienda fortalecer los controles del seguimiento a la ejecución del Plan.

ESTADO DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO-MECI.

Se diligenció por parte de la Oficina Asesora de Control Interno, el autodiagnóstico en desarrollo e implementación del Decreto 1499/2017, dimensión 7° “Política de Control Interno” en el FBSCGR, de acuerdo con el resultado se encuentra porcentualmente en el (85,2%), se ubica en el **(nivel 5)**, dentro en un rango de cinco (5) niveles.

Del análisis general de los porcentajes alcanzados por *Componentes* se observa que, el componente con resultado más alto es “*Gestión de los riesgos institucionales*” con el (87,3%), y el componente con resultado inferior es “*Actividades de Control*” el cual obtuvo un resultado del (82,7%). Los demás componentes: Ambiente de control (87%), Monitoreo o supervisión continua (84,8%) e Información y comunicación (83,5%).

Se requiere fortalecer aspectos como:

- Evaluar el cumplimiento de los estándares de conducta y la práctica de la integridad (valores) y principios del servicio público de sus equipos de trabajo / Responsabilidades gerentes públicos y líderes de proceso (primera Línea de defensa).
- Monitorear y supervisar el cumplimiento e impacto del plan del talento humano y determinar las acciones de mejora correspondientes, por parte del área de talento humano / Responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).
- Determinar las políticas y estrategias que aseguran que la estructura, procesos, autoridad y responsabilidad estén claramente definidas para el logro de los objetivos de la entidad / Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica).

COMITÉ INSTITUCIONAL DE COORDINACIÓN DE CONTROL INTERNO.

Durante el tercer cuatrimestre se realizaron tres Comités Institucionales de Coordinación de Control Interno, en donde se trataron los siguientes temas:

- Modificación el Programa Anual de Actividades de la OCI.
- Exposición de las recomendaciones presentadas por parte de la Asesoría de Control Interno en el Informe de Seguimiento al Plan de Acción correspondiente al II cuatrimestre de 2019.
- Aprobación de recomendaciones presentadas en el Informe de seguimiento al Plan de Acción correspondiente al II cuatrimestre de 2019 elaborado por la Asesoría de Control Interno.
- Revisión y aprobación Plan Anual de Auditoria y el Programa Anual de Actividades de la Oficina de Control Interno para el 2020.

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019

Se requiere fortalecer aspectos como:

- Monitorear e informar sobre deficiencias de los controles / responsabilidades de los servidores encargados del monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo (segunda línea de defensa).
- Analizar las evaluaciones de la gestión del riesgo, elaboradas por la segunda línea de defensa / Responsabilidades de la Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (línea estratégica).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Atender las recomendaciones enunciadas en los acápites de los informes comunicados por la Oficina Asesora de Control Interno del FBSCGR. Pro del mejoramiento continuo.

Revisar la estructura del formato en el cual se formula el Mapa de Riesgos de Corrupción del FBSCGR, con el fin de alinearla al formato del Mapa y plan de tratamiento de riesgos establecido en la *Guía para la administración del riesgo y diseño de controles para entidades públicas expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP- 2018*. Así como establecer los riesgos de seguridad digital, para lo cual se recomienda utilizar el formato establecido en la *Guía para la administración del riesgo y diseño de controles para entidades públicas expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP- 2018*.

Se recaba el cumplimiento de las recomendaciones presentadas en el informe anterior, respecto al PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL, en razón a que no se evidencia acciones de mejora implementadas.

Se recomienda a la Administración que se continúe realizando 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.

YANET SANABRIA PEREZ

Asesor Oficina de Control Interno
Fondo de Bienestar Social de la CGR

Elaboró:	Revisó:	Aprobó: Comité SICME
Oficina de Control Interno	Grupo de Planeación	Fecha: 03 de diciembre de 2019