



Nombre del informe

Informe semestral de seguimiento a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte del Sistema de Control Interno, con corte a junio 30 de 2021.

Área(s) Auditada(s) - Responsable(s)

- Subsecretario(a) Jurídico
- Subsecretario(a) de Gestión Corporativa
- Subsecretario(a) de Planeación Territorial
- Subsecretario(a) de Planeación de la Inversión
- Subsecretario(a) de Planeación Socioeconómica
- Subsecretario(a) de Información y Estudios Estratégicos
- Jefe de la Oficina de Control Interno Disciplinario
- Jefe de la Oficina Asesora de Prensa y Comunicaciones
- Director(a) de Planeación

1. Objetivo

Presentar a los integrantes del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, el informe establecido en el parágrafo 4, del artículo 39, del Decreto 807 de diciembre 24 de 2019, que señala que “Los jefes de control interno o quién haga sus veces deberán presentar ante el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, un informe semestral de seguimiento a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte del Sistema de Control Interno, que contenga información acerca del cumplimiento de los roles de las oficinas de control interno, del cumplimiento al estatuto de auditoría interna, de la ejecución del plan anual de auditoría, del cumplimiento al código de ética, las normas y los planes de acción para abordar cualquier problema significativo de cumplimiento, del cumplimiento a la política de administración del riesgo y la respuesta al riesgo de la administración que puede ser inaceptable para la entidad, e información acerca de la necesidad de recursos para ejercer la actividad de auditoría. Informe que se deberá presentar con corte a 30 de junio y 31 de diciembre de cada vigencia, lo cual se realizará a más tardar el 31 de julio y 31 de enero, respectivamente.”

2. Alcance

Gestión a junio 30 de 2021.

3. Criterios

- Roles de la Oficina de Control Interno.
- Estatuto de auditoría interna.
- Plan anual de auditoría.
- Código de ética.
- Normas y planes de acción para abordar cualquier problema significativo de cumplimiento.
- Política de administración del riesgo.
- Riesgo de la administración que puede ser inaceptable para la entidad.
- Necesidad de recursos para ejercer la actividad de auditoría.



4. Resultados del informe

4.1	Cumplimiento de los roles de la Oficina de Control Interno.	2
4.2	Cumplimiento al estatuto de auditoría interna.....	2
4.3	Ejecución del plan anual de auditoría.....	2
4.4	Cumplimiento al código de ética, las normas y los planes de acción para abordar cualquier problema significativo de cumplimiento.	3
4.5	Cumplimiento a la política de administración del riesgo	3
4.6	Respuesta al riesgo de la administración que puede ser inaceptable para la entidad.	4
4.7	Necesidad de recursos para ejercer la actividad de auditoría.....	4

4.1 Cumplimiento de los roles de la Oficina de Control Interno.

Los roles de la Oficina de Control Interno – OCI se han cumplido de la siguiente manera:

Tabla 1: Cumplimiento de los roles de la Oficina de Control Interno de la SDP

Rol	Actividades prácticas	Logros
Liderazgo estratégico	Presentación de informes, manejo de información estratégica y alertas oportunas.	Se continuó con los esfuerzos para dar mayor valor agregado a los informes emitidos por la OCI.
Enfoque hacia la prevención	Advertencia sobre operaciones o procesos en ejecución. Prevención de riesgos que comprometan el patrimonio público.	Desde un enfoque preventivo de riesgos, la OCI estableció las alertas que consideró necesarias sobre la gestión de la entidad.
Evaluación de la gestión del riesgo	Evaluación de controles y su efectividad, capacitación en la metodología y seguimiento a la actualización de mapas de riesgos.	Desde un enfoque preventivo de riesgos se hizo evaluación de controles y seguimiento a la gestión de riesgos desde varias perspectivas institucionales.
Evaluación y seguimiento	Evaluación del Sistema de Control Interno. Auditoría interna. Seguimiento.	Se cumplió con las actividades del Plan Anual de Auditoría.
Relación con entes externos de control	Consolidación de información en los casos que se establezca. Asesoría a los procesos en esta materia.	Se atendieron las visitas y requerimientos de información realizados por entes externos de control. Adicionalmente, se documentó una nueva versión que mejora significativamente el protocolo de atención de instancias de control (S-IN-017) el cual se puso en operación desde abril 14 de 2021

Fuente: Decreto 648 de 2017 y análisis propio.

4.2 Cumplimiento al estatuto de auditoría interna

Se cumplió con lo establecido en el estatuto de auditoría interna, en especial en lo relativo a la aplicación del marco normativo que le es aplicable a la Oficina, respeto por el conducto regular y las autoridades en cada asunto, acatamiento de las responsabilidades asignadas a cada integrante del equipo, y divulgación y aplicación del código ético en los asuntos de la Oficina.

4.3 Ejecución del plan anual de auditoría

La ejecución del Plan Anual de auditoría 2021 se ha concretado en informes como los siguientes:



- 3-2021-00702 Seguimiento a la Estrategia de Racionalización de Trámites a Diciembre 31 de 2020
- 3-2021-00722 Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción a 31 de diciembre de 2020
- 3-2021-00725 Seguimiento semestral a los instrumentos técnicos y administrativos que hacen parte del Sistema de Control Interno, a diciembre 31 de 2020.
- 3-2021-00781 Seguimiento Plan Anticorrupcion y de atención al Ciudadano PAAC a diciembre 31 de 2020
- 3-2021-01612 Evaluación Institucional por Dependencias.
- 3-2021-01653 Seguimiento a Planes de Mejoramiento a diciembre 31 de 2020
- 3-2021-03476 Seguimiento al cumplimiento de las Metas del Plan de Desarrollo.
- 3-2021-03869 Seguimiento a la gestión del Riesgo
- 3-2021-04518 Austeridad en el Gasto.
- 3-2021-05127 Seguimiento actualización página web Ley 1712 de 2014
- 3-2021-09531 Seguimiento a Planes de Mejoramiento a marzo 31 de 2021
- 3-2021-09694 Austeridad en el Gasto.
- 3-2021-10140 Seguimiento a riesgos digitales
- 3-2021-10971 Seguimiento al cumplimiento de las Metas del Plan de Desarrollo
- 3-2021-11081 Seguimiento a la Estrategia de Racionalización de Trámites a abril 30 de 2021
- 3-2021-11177 Seguimiento Plan Anticorrupcion y de atención al Ciudadano PAAC a abril 30 de 2021.
- 3-2021-11214 Seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción a abril 30 de 2021.
- 3-2021-14923 Auditoría Interna al Proceso de Planeación Territorial y Gestión de sus Instrumentos.
- 2-2021-36677 Cumplimiento a la Directiva 003 de 2013

4.4 Cumplimiento al código de ética, las normas y los planes de acción para abordar cualquier problema significativo de cumplimiento.

Al inicio de cada auditoría se hizo la presentación del código de ética del auditor. Los auditores observaron una cuidadosa aplicación del mismo.

En cuanto a las normas, son muchas las que rigen el quehacer de la entidad, e involucran el nivel institucional, distrital, nacional e internacional. La entidad ha evidenciado grandes esfuerzos en cumplir con todas ellas, no obstante el detalle de las mismas desborda la capacidad de la entidad para evaluar minuciosamente su cumplimiento individual.

Con respecto a los planes de acción, se recurre a la formulación, ejecución y seguimiento de las acciones previstas tanto en los Planes Operativos Anuales – POA, como en los planes de mejoramiento.

4.5 Cumplimiento a la política de administración del riesgo

La gestión del riesgo, incluyendo su política, fue monitoreada en 2021 por la Oficina de Control Interno, generando informes que fueron radicados con los números 3-2021-00722 de enero 15 de 2021, 3-2021-03869 de febrero 24 de 2021, 3-2021-10140 de mayo 05 de 2021, 3-2021-11214 de mayo 14 de 2021. En dichos informes se evaluaron los riesgos identificados en el Sistema de Gestión, riesgos ambientales, riesgos relacionados a la salud y seguridad laboral de la entidad, riesgos de seguridad digital, riesgos contractuales y riesgos de corrupción. Se



detectaron varias oportunidades de mejora y ninguna situación crítica. En términos generales la entidad ha cumplido con la política de administración del riesgo, en cuanto a: a) documentación de los lineamientos a aplicar, b) oficialización de los mapas de riesgos, c) identificación, valoración y calificación de los riesgos, d) identificación, clasificación y calificación de controles, e) valoración del diseño y de la efectividad de los controles, f) identificación del tratamiento de los riesgos, g) identificación de las acciones de tratamiento de los riesgos, h) monitoreo a las acciones, i) identificación de las acciones de contingencia de los riesgos, j) Consulta y divulgación de los riesgos y de las variables que los componen.

No obstante, se encontraron dos factores que ha generado un rezago para la aprobación de las nuevas versiones de los mapas de riesgos del Sistema de Gestión: a) No se cuenta aún con un Plan Estratégico formalmente establecido y b) en diciembre de 2020 entró en vigencia la versión 5 de la Guía del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, cuya implementación aún no se ha concretado.

4.6 Respuesta al riesgo de la administración que puede ser inaceptable para la entidad.

En las versiones vigentes de los mapas de riesgos, la entidad ha formulado planes de mejoramiento y acciones de contingencia no solo para los riesgos de la administración que pueden ser inaceptables para la entidad, sino para todos los riesgos.

4.7 Necesidad de recursos para ejercer la actividad de auditoría.

La actividad de auditoría se desarrolla bajo el liderazgo del Jefe de la Oficina de Control Interno, y con la participación activa de los profesionales en varias disciplinas que ejercen el rol auditor, que al corte de 2021 sumaron 9, de los cuales 8 hacen parte de la planta de la entidad y 1 tiene vínculo contractual. Algunas disciplinas profesionales son inexistentes en el grupo auditor, de contar con ellas podrían abordarse otras temáticas en las auditorías y seguimientos.

De otro lado, siempre es indispensable la capacitación permanente al personal de la OCI a fin de contar con actualización en los diferentes temas, metodologías y asuntos que debe atender. Para el primer semestre se contó con formación inicial en normas internacionales para 3 de los integrantes del equipo.

Adicionalmente, en diciembre de 2020 el Departamento Administrativo de la Función Pública expidió la versión 5 de la Guía para administración del riesgo y el Diseño Controles en las entidades públicas, sobre lo cual la OCI debe prepararse para el 2021, dado su enfoque por riesgos. Se está a la espera de las capacitaciones que para tal fin se programen.

Finalmente, para atender las auditorías del Sistema de Gestión se hace necesario aumentar la cantidad de auditores de la entidad (diferentes a los de la Oficina de Control Interno), tanto en la formación de nuevos auditores como actualizando a los ya existentes en las normas aplicables, así como motivar su interés a participar de los ejercicios auditores.

Al respecto de las auditorías del Sistema de Gestión, se requiere claridad en los roles, sobre lo cual se elevó consulta a la Secretaría General y al DAFP.



S-FO-008 INFORME DE CONTROL INTERNO
Versión 9 Acta de mejoramiento 302 de diciembre 16 de 2019 Proceso S-CA-001
OFICINA DE CONTROL INTERNO

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Fortalezas

El Plan Anual de Auditoría - PAA 2021 fue programado en el marco de una mayor racionalidad en el uso del tiempo y de los recursos disponibles. Esto permitió que se cumpliera, de manera general, conforme a lo planeado y evitando generar fatiga de auditoría en los procesos.

5.2. Debilidades

5.2.1. Situaciones susceptibles de mejora

N°	Situación susceptible de mejora	Numeral	Responsable
1	La mora en la formulación del Plan Estratégico y de la implementación de los cambios en la gestión del riesgo dificultan la operación del Sistema de Control Interno	4.7	Dirección de Planeación.

Aunque la formulación de planes de mejoramiento es opcional para las situaciones de mejora identificadas, dichas situaciones deben ser atendidas en el marco de la gestión propia del área o proceso. La OCI revisará las medidas adoptadas en la próxima auditoría y/o seguimiento.

5.2.2. Situaciones críticas

N°	Condición	Criterio	Causa	Efecto	Numeral	Responsable	Reincidente (sí/no)	Tema clave (Max 5)
1.	No se encontraron situaciones críticas							

La formulación de planes de mejoramiento es obligatoria para las situaciones críticas identificadas, y debe hacerse para eliminar de fondo las causas que las originaron, atendiendo lo establecido en los procedimientos S-PD-001 y S-PD-005. En la próxima auditoría y/o seguimiento, la OCI efectuará el análisis y verificación de la efectividad alcanzada.

Definiciones:

- **Condición:** Descripción de la situación deficiente encontrada, (lo que es/realidad).
- **Criterio:** Estándar/norma/reglamento contra el cual se ha medido o comparado la condición, (lo que debe o debió ser).
- **Causa:** Razones por las cuales, de acuerdo con lo evidenciado, ocurrió la condición observada. No limita el análisis de causas que debe realizar el responsable de la unidad auditada para la formulación del plan de mejoramiento.
- **Efecto:** Consecuencia real o potencial, cuantitativa o cualitativa de la condición descrita, (la diferencia entre lo que es y debió ser).

Nombres / Equipo Auditor		Fecha Inicio	Fecha Fin
Auditor líder / principal	Eulalia Porras	Julio 01 de 2021	Julio 02 de 2021
Auditor(es) interno(s) / acompañante(s)	No aplica.		

JUAN FELIPE RUEDA GARCÍA
Jefe Oficina de Control Interno