NÚMERO INFORME: OCI-2016-012 (Documento Físico Radicado 2016IE3709)

PROCESO / ACTIVIDAD: Gestión Grupos de Interés.

RESPONSABLE DEL PROCESO: Subgerente de Comunicaciones.

EQUIPO AUDITOR: Herlay Hurtado Ortiz, Profesional Universitario.

Óscar Pulgarín Lara, Profesional Universitario.

OBJETIVO(S):

1) Evaluar el diseño y la eficacia operacional de los controles internos del proceso y los subprocesos asociados.

2) Identificar oportunidades de mejoramiento que permitan agregar valor a los procesos de gestión de riesgos, control y gobierno de la Entidad.

3) Evaluar el grado de conformidad del Sistema Integrado de Gestión de la Entidad con respecto a los requisitos aplicables al Proceso Auditado.

ALCANCE:

El alcance previsto para este trabajo de auditoría comprendió la evaluación de los controles internos, la identificación de oportunidades de mejoramiento y la evaluación del grado de conformidad con el Sistema Integrado de Gestión del Proceso GESTIÓN GRUPOS DE INTERES, con sus respectivos subprocesos CULTURA CIUDADANA Y ATENCIÓN EN VÍA, SERVICIO AL CIUDADANO, COMUNICACIÓN EXTERNA, COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL y GESTIÓN SOCIAL.

PERÍODO AUDITADO: Del 1 octubre de 2014 al 29 de febrero de 2016.

NOTA: Aunque esta auditoría interna contempló dentro de su alcance la verificación del grado de conformidad con respecto al Sistema Integrado de Gestión de la Entidad, se aclara que la misma no corresponde a las auditorías internas establecidas en el numeral 6.3 de la NTDSIG 001:2011, las cuales serán realizadas conforme a lo dispuesto por el Comité del Sistema Integrado de Gestión de la Entidad.

DECLARACIÓN:

Esta auditoría fue realizada con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por los auditores a cargo de la realización del trabajo.

Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.

CRITERIOS:

1. Constitución Política de Colombia.

2. Ley 190 de 1995 "Por el cual se dictan normas tendientes a preservar la moralidad en la Administración Pública y se fijan disposiciones con el fin de erradicar la corrupción administrativa".

3. Ley 1474 de 2011 "Por 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".

4. Ley 1755 de 2015 "Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo".

5. Decreto Nacional 19 del 2012 "Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública".

6. Decreto Distrital 319 de 2006 "Por el cual se adopta el Plan Maestro de Movilidad para Bogotá Distrito Capital, que incluye el ordenamiento de estacionamientos, y se dictan otras disposiciones".

7. Decreto Distrital 448 de 2007 "Por el cual se crea y estructura el Sistema Distrital de Participación Ciudadana".

8. Decreto Distrital 309 de 2009 "Por el cual se adopta el Sistema Integrado de Transporte Público para Bogotá".

9. Decreto Distrital 371 de 2010 "Por el cual se establecen lineamientos para preservar y fortalecer la transparencia y para la prevención de la corrupción en las Entidades y Organismos del Distrito Capital".

10. Decreto Distrital 503 de 2011 "Por el cual se adopta la política pública de participación incidente para el Distrito Capital".

11. Decreto Distrital 86 de 2012 "Por medio del cual se ordena convocar a los Comités de Desarrollo y Control Social de usuarios del servicio público de transporte terrestre automotor masivo, colectivo e individual de pasajeros en Bogotá, Distrito Capital".

12. Directiva Distrital 003 de 2013 "Directrices para prevenir conductas irregulares relacionadas con incumplimiento de los manuales de funciones y procedimientos y la pérdida de elementos y documentos públicos".

13. Norma Técnica Distrital del Sistema Integrado de Gestión para las Entidades y Organismos Distritales NTD-SIG-001:2011.

14. Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI: 2014.

15. Norma Técnica ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad, Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública NTCGP 1000:2009, Norma Técnica ISO 14001:2015 Sistemas de Gestión Ambiental, Norma Técnica OHSAS 18001:2007 Sistemas de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional.

16. Plan de Acción de TRANSMILENIO S.A.

17. Caracterización de los subprocesos, indicadores, mapas de riesgos y demás documentos del Sistema Integrado de Gestión de TRANSMILENIO S.A. vigentes.

18. La restante normatividad interna y/o externa asociada con el proceso auditado.

RIESGOS IDENTIFICADOS POR EL PROCESO (MAPA DE RIESGOS)

SUBPROCESO CULTURA CIUDADANA Y ATENCION EN VIA

1. No Socializar a los usuarios en el sistema.

2. No capacitar a los usuarios en el sistema.

SUBPROCESO SERVICIO AL CIUDADANO

1. No atender los requerimientos que llegan a la entidad en físico, de los ciudadanos y ciudadanas.

2. Fallas en las plataformas de registro de PQRS (SDQS Y SUGAR).

3. Desinformación a la ciudadanía de la gestión institucional.

4. Falta de información sobre peticiones o trámites.

SUBPROCESO COMUNICACION EXTERNA

1. Que los grupos de interés no reciban el mensaje emitido, acerca de la entidad y de la implementación del SITP.

2. Canales de comunicación insuficientes.

SUBPROCESO COMUNICACION ORGANIZACIONAL

1. Que los grupos de interés no reciben los mensajes emitidos sobre los temas de su interés.

2. Amiguismo y Clientelismo.

3. Falta en la Planificación o en el seguimiento a la Gestión institucional.

4. Desinformación a la ciudadanía de la gestión institucional.

5. Directrices imprecisas acerca del desempeño de la gestión a los objetivos de la Entidad.

6. Sistemas de información susceptibles de manipulación o adulteración.

7. Canales de Comunicación insuficientes.

8. Falta de Información sobre peticiones o trámites.

9. Concentración de Autoridad o Exceso de Poder.

10. Extralimitación de Funciones.

11. Deficiencias en el manejo de la información documental y de archivo.

12. Uso Inadecuado de los elementos destinados para el trabajo.

13. Favorabilidad en el desarrollo de los Estudios previos o de factibilidad.

14. Decisiones ajustadas a intereses particulares.

15. Cobro por realización del trámite (Concusión).

RIESGOS IDENTIFICADOS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

SUBPROCESO CULTURA CIUDADANA Y ATENCION EN VIA

1. Capacitación o información no acorde con las políticas de la Entidad.

SUBPROCESO SERVICIO AL CIUDADANO

1. Seguimiento inoportuno de los plazos y respuestas a las PQRS.

2. Personal sin experiencia y conocimientos en el manejo de PQRS.

SUBPROCESO COMUNICACION EXTERNA

1. Divulgación de información manipulada y/o incompleta.

2. Dificultad en el acceso a los canales de comunicación por parte de los usuarios.

3. Determinación inadecuada de estrategias de comunicación externa.

SUBPROCESO COMUNICACION ORGANIZACIONAL

1. Uso indebido de la Información y de los canales de comunicación organizacional.

SUBPROCESO GESTION SOCIAL

1. Determinación inadecuada de estrategias de Gestión Social.

FORTALEZAS:

1. El Proceso Gestión Grupos de Interés aceptó la mayoría de los hallazgos socializados durante la ejecución de la auditoría, dichos hallazgos fueron recibidos como oportunidades de mejoramiento por parte de los responsables de los subprocesos auditados y al respecto se plantearon los respectivos planes de mejoramiento.

2. Al interior del proceso auditado se han implementado mecanismos de autocontrol que propenden por el cumplimiento de los objetivos del proceso, entre los que se destacan:

    1. Para el Subproceso Cultura Ciudadana y Atención en Vía todos los martes se realiza una reunión entre el personal de “Apoyo Operativo” y el equipo de trabajo de TRANSMILENIO S.A., en la cual se actualiza la bitácora de actividades y se revisan los temas que ejecutaron durante la semana.

    2. El personal perteneciente al subproceso Servicio al Ciudadano ha recibido capacitaciones gratuitas sobre lenguaje de señas a través de la Federación Nacional de Sordos de Colombia - FENASCOL, las cuales fueron llevadas a cabo durante el segundo semestre de 2015 y el primer trimestre de 2016; en el mes de septiembre de 2015 se llevaron a cabo talleres sobre discapacidad visual con el Instituto Nacional para Ciegos - INCI en los que participó el equipo de Servicio al Ciudadano y durante la ejecución de la auditoría se estaba adelantado con la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. una capacitación sobre “Cualificación del Servicio” dirigida a las áreas de atención al usuario del Sistema (operadores).

    3. En los subprocesos de Gestión Social, Comunicación Externa y Comunicación Organizacional se evidenció que periódicamente se realizan reuniones entre los líderes de los subprocesos y el Subgerente de Comunicaciones, con el objetivo de supervisar la ejecución de las actividades propias de la dependencia. La realización de estas reuniones queda registrada en actas que reposan en el

archivo de la Subgerencia. Adicionalmente se creó un grupo en la aplicación Whatsapp entre los funcionarios de planta y el Subgerente del área por medio del cual se hace seguimiento a las tareas asignadas, grupo que actualmente se denomina como SCAC (Subgerencia de Comunicaciones y Atención al Ciudadano) el cual funciona desde el 4 de abril de 2016.

3. Con el objetivo de aprovechar los recursos y materiales previamente adquiridos, el personal perteneciente al subproceso Cultura Ciudadana y Atención en Vía se encuentra llevando a cabo la labor de actualizar manualmente la imagen institucional de la actual administración distrital (BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS) en elementos de papelería como agendas, cartillas, manuales, etc.

4. Se logró la acreditación de la página web de TRANSMILENIO S.A. con la calificación AAA otorgada por la W3C (World Wide Web Consortium) comunidad internacional que desarrolla estándares que aseguran el crecimiento de la Web a largo plazo y que a través de dicha calificación brinda una "(…) declaración de conformidad por parte del autor o proveedor de contenidos de ajustarse al nivel Triple-A de las Directrices de Accesibilidad para el Contenido Web 1.0, incluyendo todos los puntos de verificación de Prioridad 1, Prioridad 2, y Prioridad 3 definidos en las Directrices. Las Directrices de Accesibilidad para el Contenido Web 1.0 explican cómo hacer el contenido Web accesible para las personas con discapacidad. Ajustándose a estas Directrices ayudará a hacer la Web más accesible a los usuarios con discapacidades y beneficiará a todos los usuarios" Tomado del sitio web del W3C (https://www.w3.org/WAI/WCAG1AAA-Conformance). Los logos AAA se logran una vez se tiene la certeza del cumplimiento de los sitios web contra los criterios exigidos. Para tal fin los sitios web son analizados por diversas herramientas como TWDIS y W3C Validator, que fueron utilizadas en los sitios web de TRANSMILENIO S.A.

HALLAZGOS

SUBPROCESO CULTURA CIUDADANA Y ATENCION EN VIA

HALLAZGO N° 1 - SOPORTES COMPROMISOS INFORMES DE SUPERVISIÓN

DESCRIPCION DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA:

En la revisión realizada a los informes de supervisión del contrato de prestación de servicios derivado del Convenio N° 167 de 2013 suscrito con COODDIARCUPOP, no se encontró evidencia física del cumplimiento de la obligación N° 3 "Elaborar a partir de las instrucciones de TRANSMILENIO S.A. y la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, un diccionario del SITP promoviendo los valores y principios que garanticen la buena convivencia" tal como lo establece el parágrafo de la cláusula segunda "Obligaciones Generales del Contratista", ya que dentro de las carpetas físicas del convenio en mención no se encontraron dichos soportes a pesar de que en los cinco (5) informes de actividades verificados por la Oficina de Control Interno (los cuales fueron previamente avalados por el supervisor asignado por parte de TRANSMILENIO S.A.), correspondientes a los periodos de octubre de 2014, diciembre de 2014 (en este mes se presentaron dos informes), agosto de 2015 y noviembre de 2015, se registra el mismo grado de avance con respecto a este compromiso.

De igual forma se observó que la factura N° 263 del 20 de noviembre de 2014 emitida por el contratista indica en su descripción "Realización de diccionario de publicidad de sistema de transporte masivo" concepto por el cual se facturaron $28.000.000. Así mismo, en el informe mensual de interventoría correspondiente al período comprendido entre el 3 y el 31 de octubre de 2014, el supervisor del contrato describió en el numeral 3° de las actividades relacionadas o productos entregados, lo siguiente "Se realizó con las instrucciones de TRANSMILENIO S.A. y la Secretaría Distrital de Cultura, Recreación y Deporte un diccionario del SITP, promoviendo los valores y principios que garanticen la buena convivencia".

Por lo anterior, la Oficina de Control Interno solicitó al Profesional Especializado Grado 05 - Atención al Usuario en Vía y Servicio al Ciudadano mediante correo electrónico del 5 de abril de 2016, la evidencia de la ejecución de tal obligación (diccionario del SITP), recibiendo en la misma fecha como respuesta lo siguiente: "El día de mañana 6 de abril del 2016, entregaré en su oficina las copias de los correos en los cuales el contratista CODDIARCUPOP hace la primera entrega del borrador del diccionario del SITP, así mismo el correo en el cual envían el volante que contiene las definiciones establecidas para la actividad (diccionario) y los pendones, aprobados por el Subgerente de Comunicaciones y atención al usuario (...)".

No obstante la respuesta recibida y pese a que el diccionario fue facturado y pagado al contratista por valor de $28.000.000 previo aval del supervisor del contrato, la Oficina de Control Interno de TRANSMILENIO S.A. no obtuvo evidencia que permita determinar el cumplimiento de la obligación contractualmente pactada.

La situación antes descrita contrasta con lo establecido en el Manual de Supervisión e Interventoría M-SJ-002 de fecha 24 de noviembre de 2014, versión 2 de noviembre de 2014 en su numeral 11. Finalidades de la Interventoría y/o la Supervisión " con respecto a:

- Garantizar la eficiente y oportuna inversión de los recursos públicos aplicados a los contratos.
- Asegurar que el contratista en la ejecución del contrato se ciña a los plazos, términos, condiciones técnicas y demás previsiones pactadas.

(...)

- Informar a TRANSMILENIO S.A., sobre el avance, problemas y soluciones presentados en la ejecución del contrato, a través de informes semanales, mensuales

o especiales a solicitud TRANSMILENIO S.A., de conformidad con lo indicado en el contrato.

- Efectuar un estricto control de la calidad de los bienes o servicios y ejecuciones realizadas por el contratista.
- Asegurar el cumplimiento de las metas contractuales logrando que se desarrollen los contratos, dentro de los cronogramas e inversión previstos originalmente.
- Armonizar las actividades del contratante y el contratista para el logro del objetivo general del contrato, que satisfaga las necesidades de TRANSMILENIO S.A.

Así como el numeral 12 "Funciones del Interventor y/o Supervisor" que a texto dice: "Para cumplir con las obligaciones de control, coordinación y vigilancia de los contratos suscritos por TRANSMILENIO S.A., el interventor y/o supervisor verificara, analizará y estudiará toda la documentación que genero su estructuración (planos, permisos, garantías, estudios previos, anexos técnicos, pliegos de condiciones definitivos, adendas, etc.) para que las obligaciones generadas se cumplan de acuerdo a lo requerido por la administración" y el literal 1 del numeral 12.1 Funciones Generales "Exigir al contratista el cumplimiento de las obligaciones previstas en el contrato."

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Desconocimiento de las obligaciones contenidas en el Manual de supervisión e interventoría.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

No capacitar a los usuarios en el sistema.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

- Posibles pérdidas económicas para la Entidad.

- Sanciones por el incumplimiento de las directrices señaladas en el Manual de Supervisión e Interventoría.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Exigir al contratista la ejecución del compromiso.
2) Allegar a la carpeta física la evidencia del compromiso cumplido.

RESPUESTA DEL AUDITADO: NO ACEPTADO

JUSTIFICACIÓN:

La Subgerencia de Comunicaciones presentó la siguiente justificación en el reporte de hallazgos:

“El presente hallazgo, no se acepta debido a que esta actividad del diccionario fue cambiada por la elaboración de un volante que contiene las definiciones establecidas para la actividad (diccionario) y los pendones, aprobados por el Subgerente de Comunicaciones y atención al usuario.

Este acuerdo se entregara a la oficina de control interno el próximo martes 19 de abril de 2016.”

Mediante correo electrónico de fecha 18 de abril de 2016 la Profesional Especializada Grado 05 de la Subgerencia de Comunicaciones remitió a la Oficina de Control Interno un acta de fecha 08 de septiembre de 2014, firmada por el Subgerente de Comunicaciones y Atención al Usuario y el Profesional Especializado Grado 05 de Atención del Usuario en Vía y Cultura Ciudadana, el cual indica:

"2. En esta mesa de trabajo se tomó la decisión de manejar el tema de diccionario como un inserto al volante en el cual se encuentren definiciones establecidas por la entidad y en este inserto lo podemos repartir individualmente (…)".

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Una vez analizada la respuesta emitida por el responsable del subproceso auditado, la Oficina de Control Interno ratifica el hallazgo por las siguientes razones:

a) La obligación contractual cuyo cumplimiento ha revisado la Oficina de Control Interno, textualmente establece: "Elaborar a partir de las instrucciones de Transmilenio S.A y la Secretaria Distrital de Cultura, Recreación y Deporte, un diccionario del SITP promoviendo los valores y principios que garanticen la buena convivencia".
b) Para verificar la anterior obligación se buscaron los soportes correspondientes que dieran cuenta de la ejecución y cumplimiento en el plazo contractual pactado, es decir, el inicial de 12 meses y los adicionales de 3 y 6 meses respectivamente, sin que pudiera hallarse en las carpetas que componen el expediente contractual la información que diera cuenta de ello.
c) Si bien no se encontraron los soportes de la realización del diccionario, en dicha revisión se advierte que en el expediente contractual figura la factura No. 263 del 20 de noviembre de 2014, en la cual se incluye un ítem por valor de $28.000.000 por la realización del diccionario.
d) Carece de sustento fáctico lo indicado por la Subgerencia de Comunicaciones y Atención al Usuario como respuesta al hallazgo planteado, dado que contrario a servir como argumento para desvirtuar el hallazgo, confirma con su respuesta que la realización del diccionario que ya fue facturado y pagado, no ha sido materializada y que por ende pretende realizar unas modificaciones contractuales o de ejecución, siendo en conclusión núcleo del hallazgo, como ya se manifestó inicialmente, la

facturación y aprobación de una actividad no realizada y pagada por Transmilenio S.A al contratista.

e) En revisión posterior fue posible observar que el concepto “Realización de diccionario publicidad de sistema de transporte masivo” fue nuevamente facturado por el contratista mediante Factura de Venta N° 274 del 22 de diciembre de 2014, incluido en el Informe de Actividades N° 2 y avalado por el Supervisor del Contrato por valor de $28.000.000.

f) Ahora bien, siendo un asunto adicional la modificación que se pretende a la obligación contractual pactada respecto del diccionario, no considera esta Oficina que a través de una mesa de trabajo como la descrita en la respuesta al hallazgo, se pueda modificar lo previamente pactado en el contrato ya que corresponde a las partes suscritas y obligadas en el contrato, aprobar las modificaciones a través de las respectivas adendas u otro si al contrato, debido a que en los procesos de contratación deben intervenir el jefe y las unidades asesoras y ejecutoras de la entidad tal como dispone el numeral 9 del artículo 25 de la Ley 80 de 1993.

g) Lo antes expuesto, en relación con la ausencia de soporte de ejecución respecto del diccionario facturado y pagado, contrasta con lo establecido en la Ley 80 de 1993 así:

- Artículo 4 numeral 1 deberes de las entidades estatales: “Exigirán del contratista la ejecución idónea y oportuna del objeto contratado”
- Artículo 14 numeral 1: “Tendrán la dirección general y la responsabilidad de ejercer control y vigilancia de la ejecución contractual.
- Artículo 26 numeral 1: “Los servidores públicos están obligados a buscar el cumplimiento de los fines de la contratación, a vigilar la correcta ejecución del objeto contratado y a proteger los derechos de la entidad (…)”

NOTA: La respuesta ante los hallazgos observados por la Oficina de Control Interno es discrecional de la Administración de la Entidad, quien a su vez asume la responsabilidad por los riesgos identificados que no sean gestionados, pues esto quiere decir que la

Entidad ha decidido asumir el impacto que pudiera generarse en caso de que los mismos llegaran a materializarse.

HALLAZGO N° 2 - PLANEACIÓN DE ACTIVIDADES SUBPROCESO CULTURA CIUDADANA Y ATENCIÓN EN VÍA:

DESCRIPCION DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA:

En la ejecución de la presente auditoría, no se encontró evidencia de la existencia de la programación de las actividades de Cultura Ciudadana y Atención en Vía a realizar, que incluya información sobre la actividad a ejecutar, tipo, lugar de ejecución (estación, portal, paradero, entre otros), horario, personal asignado entre otros datos, lo anterior teniendo en cuenta que mediante correo electrónico de fecha 31 de marzo de 2016 fue solicitada a la Profesional Especializada de Atención al Usuario en Vía y Servicio al Ciudadano la programación de las actividades a realizar para los días viernes 1 de abril, sábado 2 de abril y domingo 3 de abril de 2016 y cuya respuesta fue recibida el mismo viernes 1 de abril de 2016 a las 2:58 p.m. remitiendo exclusivamente la programación para ese mismo día (viernes 1 de abril de 2016) e informando que "En este momento estoy organizando la programación para el día sábado y domingo, informo que los guías van estar en la troncal del –Norte desde Usme al portal del Norte informando los cambios para día 9 abril de 2016, además van estar en el portal Américas apoyando el tema de filas y discapacitados". Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, la Oficina de Control Interno no pudo realizar la verificación del cumplimiento de las actividades programadas para los días solicitados, pues no fue posible obtener acceso previo a la programación de las actividades a ejecutar.

Dicha situación contraviene lo establecido en la caracterización del subproceso Cultura Ciudadana y Atención en Vía versión 1 de diciembre de 2014 que dispone dentro de sus actividades "Planificar los proyectos, actividades y términos para la gestión de la cultura ciudadana y la atención a los usuarios del SITP ubicados en la vía", el Manual de Atención

al Usuario en Vía y Cultura Ciudadana M-SC-002 versión 1 de septiembre de 2015 en su primer ítem del numeral 6 "Condiciones Generales" que reza "El Profesional Especializado Grado 5 de la Subgerencia de Comunicaciones y Atención al Usuario, que adelanta la coordinación y planeación de las actividades requeridas por la Entidad, encaminadas al usuario y a la oportunidad en la información que se le transmite al mismo en los diferentes escenarios de participación" y la Resolución 390 del 22 de junio de 2015 "Por medio de la cual se modifica, actualiza y consolida el Manual Específico de Funciones y Requisitos por competencias Laborales de los Trabajadores Oficiales de la Planta de Personal de la Empresa de Transporte del Tercer Milenio - TRANSMILENIO S.A." en lo relacionado con el numeral 1 del título IV Descripción de las Funciones Esenciales del Cargo Profesional Especializado Grado 05 de Atención al Usuario en Vía y Servicio al Ciudadano que establece "Diseñar, (...) planes, programas, proyectos y actividades dirigidos a los mecanismos y proyectos de atención, formación y capacitación de los usuarios en el sistema integrado de transporte público (...)."

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y EL RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO:

Carencia de personal para ejecutar la actividad.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

No capacitar a los usuarios en el sistema.

No socializar a los usuarios en el sistema.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Incumplimiento en el logro de los objetivos institucionales por falta de planeación lo que conlleva a que no se pueda llegar a toda la población que requiere de la información y atención en vía.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Solicitar a la administración de la Entidad el recurso humano necesario para la ejecución de la actividad, previo estudio que permita determinar de forma técnica la cantidad y perfil del personal requerido.
2) Realizar una programación periódica donde se describan todas las actividades que se ejecutarán para cumplir el objetivo del subproceso durante el respectivo período de tiempo (semana o mes).
3) Verificar de forma posterior y periódica las actividades ejecutadas con respecto a las actividades programadas y en caso de encontrar desviaciones adoptar los correctivos necesarios.

RESPUESTA DEL AUDITADO: ACEPTADO

PLAN DE MEJORAMIENTO:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
1-Solicitar el personal para el Subproceso.	1 Solicitud	Correctiva	Profesional Especializado Grado 05	Subgerente de Comunicaciones	01/06/2016	31/12/2016
2- Realizar el proceso de contratación.	1 Contratación					
3- Realizar la programación semanal en medio electrónica.	1 Programación					
4- Socializar al equipo de trabajo.	1 Socialización					

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

El plan de mejoramiento da cobertura a la causa y recomendaciones presentadas.

HALLAZGO N° 3 - ADOPCIÓN MANUAL DEL USUARIO:

DESCRIPCION DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA:

En la verificación efectuada al Subproceso Cultura Ciudadana y Atención en Vía se observó que el “Manual del Usuario” no se encuentra adoptado como un documento oficial del Sistema Integrado de Gestión de TRANSMILENIO S.A., no obstante se observó que este documento se encuentra referenciado en el Manual de Atención del Usuario en Vía y Cultura Ciudadana M-SC-002 versión 1 de septiembre de 2015 en sus numerales:

6.2.4.1.1 Socialización y atención en vía: " (...) En esta actividad se informa sobre rutas, paraderos, puntos de recarga, manual del usuario (...)".

6.2.4.1.4 Acompañamiento a Foros Zonales: "De la misma manera se brindará la información del manual del usuario con el fin de entregar una información integral (...)"

6.2.4.1.5 Acompañamiento a jornadas de personalización: "(...) De la misma manera se brindará la información del manual del usuario con el fin de entregar una información integral al usuario (...)",

6.2.4.2 Capacitación y acción lúdico pedagógica con el usuario SITP "(...) y en el manual del usuario diseñado para los usuarios.".

6.2.4.2.1 Feria Pilo "(...) encaminadas a la promoción del manual del usuario de TMSA. Y la implementación y buen uso del SITP (...)", "Desarrollo de una capacitación sobre normas de comportamiento y manual del usuario en el aula móvil de la FERIA PILO".

6.2.4.3 Eventos Culturales: "(...) De la misma manera como herramienta base para el desarrollo de estas propuestas se trabajará con en el manual del usuario diseñado para los usuarios por parte de TRANSMILENIO S.A.".

La Oficina de Control Interno mediante correo electrónico de fecha 5 de abril de 2016 solicitó a la Profesional Especializada Grado 05 - Atención al Usuario en Vía y Servicio al Ciudadano el Manual del Usuario, recibiendo como respuesta lo siguiente "Este fue entregado físicamente a el auditor, este volante se llama Guía de Buenas prácticas ".

La situación antes descrita contrasta con lo establecido en la NTCGP 1000 Numeral 7.2.3 Comunicación con el Cliente que establece "La entidad debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a:

a) la información sobre el producto y/o servicio,
b) las consultas, contratos o solicitudes, incluidas las modificaciones,
c) la retroalimentación del cliente, incluidas sus peticiones, quejas, reclamos, percepciones y sugerencias, y
d) mecanismos de participación ciudadana, según sea aplicable.

Así como el numeral 4.2.3 Control de Documentos literales b) y c) que rezan "revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente;" y "asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de versión vigente de los documentos;" y el MECI 2014 en su Eje Transversal de Información y Comunicación en lo referente a Información y Comunicación Interna que dispone "Para el óptimo funcionamiento de este eje, debe garantizarse su registro y/o divulgación oportuna, exacta y confiable, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones, soportar la toma de decisiones y permitir a los funcionarios un conocimiento más preciso y exacto de la entidad.".

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

1) Falta de conciencia sobre el Sistema Integrado de Gestión.
2) Falta de socialización sobre las responsabilidades del Sistema Integrado de Gestión.

CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO:

Cambios constantes en el documento (manual del usuario), por parte de las diferentes áreas.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

Suministrar información incoherente a los usuarios del Sistema Integrado de Transporte Público de Bogotá D.C.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Inadecuada definición de lineamientos, procedimientos y responsabilidades que podrían generar evasión de responsabilidades, pérdida de la memoria institucional y errores en la ejecución de controles cuando esté ausente el responsable de su ejecución.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Documentar el Manual del Usuario.
2) Enviar el documento a la Oficina Asesora de Planeación para su adopción en el SIG.
3) Socializar al Equipo de trabajo y Usuarios del Sistema.

RESPUESTA DEL AUDITADO: ACEPTADO

PLAN DE MEJORAMIENTO:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
1. Actualizar el Manual del Usuario. 2. Revisión de la Subgerencia de Comunicaciones y las diferentes áreas como BRT, BUSES Y SEGURIDAD. 3. Enviar a la OAP para la adopción en el SIG. 4. Divulgación en los diferentes componentes.	Un Manual	Correctiva	Subgerente de Comunicaciones	Jefe Oficina Asesora de Planeación	01/05/2016	31/07/2016

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

El plan de mejoramiento da cobertura a la causa y recomendaciones presentadas.

SUBPROCESO SERVICIO AL CIUDADANO

HALLAZGO N° 4 – CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN DE PQR'S

DESCRIPCION DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA:

En la verificación de los criterios de oportunidad, amabilidad, respuesta de fondo, PQR sin respuesta y archivo de respuesta física en carpeta, practicada sobre una muestra de 60 PQR'S físicas recibidas en TRANSMILENIO S.A. durante el período auditado (octubre de 2014 a febrero de 2016), se obtuvieron los siguientes resultados:

OPORTUNIDAD: De la muestra seleccionada, 17 peticiones fueron respondidas oportunamente mientras que 31 fueron atendidas por fuera de los términos establecidos. Las 12 PQR'S restantes no fue posible verificarlas debido a que no se encontró la respuesta en medio físico archivada en la carpeta correspondiente.

NOTA: Para el cálculo de la oportunidad se tomó como fundamento la fecha efectiva de recepción por parte del usuario.

RESPUESTA DE FONDO: De la muestra seleccionada, 40 peticiones fueron respondidas en su totalidad mientras que cuatro (4) presentaron respuesta parcial. Las 16 PQR'S restantes no fue posible verificarlas (12 de las cuales no se encontró respuesta y 4 se encontraron sin evidencia de la solicitud inicial por parte del solicitante).

AMABILIDAD: Se observó que 48 peticiones fueron atendidas amablemente. Las 12 PQR'S restantes no fue posible verificarlas debido a que no se encontró la respuesta en medio físico archivada en la carpeta correspondiente.

Lo anterior incumple lo establecido en la Ley 1755 de 2015 "Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo" en su artículo 14 "Términos para resolver las distintas modalidades de peticiones. Salvo norma legal especial y so pena de sanción disciplinaria, toda petición deberá resolverse dentro de los quince (15) días siguientes a su recepción. (...)", el Decreto 371 de 2010 expedido por la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. "Por el cual se establecen lineamientos para preservar y fortalecer la transparencia y para la prevención de la corrupción en las Entidades y Organismos del Distrito Capital" que indica en su artículo 3 "DE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN AL CIUDADANO, LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN DE LAS PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS DE LOS CUIDADANOS, EN EL DISTRITO CAPITAL. Con la finalidad de asegurar la prestación de los servicios en condiciones de equidad, transparencia y respeto, así como la racionalización de los trámites, la efectividad de los mismos y el fácil acceso a éstos, las entidades del Distrito Capital deben garantizar: "1) La atención de los ciudadanos con calidez y amabilidad y el suministro de respuestas de fondo, coherentes con el objeto de la petición y dentro de los plazos legales (...)" y el Procedimiento de Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias P-SC-001 versión 0 de fecha 10 de diciembre de 2013 en su numeral 6.1 Normas Específicas literal 3 que establece los tiempos de respuesta a los requerimientos.

Adicionalmente, del total de la muestra analizada no se encontró evidencia de la solicitud inicial y/o la respectiva respuesta al usuario en 16 radicados, contraviniendo así lo indicado en el Procedimiento Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias P-SC-001 versión 0 de fecha 10 de diciembre de 2013 en su numeral 6.1 literal 6 que reza "El archivo original del antecedente del requerimiento, la copia y los soportes propios de la respuesta dada al peticionario, deberán ser archivados por la Secretaria de la Subgerencia, Dirección u Oficina, responsable de dar respuesta al requerimiento. (...)".

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Falta de personal para la atención de las PQR'S.

Ausencia de una herramienta tecnológica de manejo de la correspondencia que permita llevar una trazabilidad eficaz, eliminar radicados sin gestionarse, entre otros controles.

CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO:

Los tiempos de respuesta dependen en su mayoría de la oportuna gestión de otras áreas.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

No atender los requerimientos que llegan a la entidad en físico, de los ciudadanos y ciudadanas.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Extemporaneidad de los términos legales en la atención de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias que podría ocasionar el incumplimiento de los objetivos del subproceso, insatisfacción de los usuarios del SITP lo cual podría verse reflejado en nuevas PQRS y sanciones por parte de los entes de control y vigilancia.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Solicitar a la administración de la Entidad el recurso humano necesario para la adecuada atención de las PQR'S, previo estudio que permita determinar de forma técnica la cantidad y perfil del personal requerido.
2) Realizar un análisis de causa raíz y solicitar la apertura de los procesos de investigación disciplinaria que resulten pertinentes.
3) Gestionar la implementación de soluciones tecnológicas que permitan controlar la administración de la correspondencia de la Entidad. Se sugiere solicitar asesoría a la Dirección de TIC's con el objetivo de determinar si la mejor opción para la Organización es la de realizar los ajustes necesarios al aplicativo CORDIS o si se requiere gestionar la adquisición o desarrollo de una nueva herramienta tecnológica.

RESPUESTA DEL AUDITADO: ACEPTADO

La Subgerencia de Comunicaciones presentó la siguiente aclaración en el reporte de hallazgos:

"Las causas identificadas por el Auditor, son las que afectan el proceso, en razón al incremento de la cantidad de PQRS a través de todos los canales, para el año 2015 se recibieron un total de 222,767 -Vrs la falta de personal que atienda el incremento presentado, debido a la disminución de contratistas en el área.

Por otro lado, las consolidaciones de respuesta, cuando se encuentran involucradas varias áreas, se ve afectada por la respuesta inoportuna por parte de las dependencias".

PLAN DE MEJORAMIENTO:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
Reunión de seguimiento con las áreas trimestral.	(3) tres reuniones.	Preventiva	Profesional Especializado Grado 06	Subgerente de Comunicaciones	01/05/2016	31/12/2016

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

La Oficina de Control Interno acepta el plan de mejoramiento propuesto, no obstante, se recomienda que el mismo sea complementado con acciones adicionales que permitan determinar la cantidad de personal necesario para la atención y control de las PQR's así como la búsqueda de herramientas tecnológicas que permitan automatizar y hacer más eficiente el proceso.

HALLAZGO N° 5 - ACCIONES RESULTANTES DE LA MEDICION DE INDICADORES DE GESTIÓN

DESCRIPCION DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA:

En la revisión de los indicadores de gestión del Subproceso Servicio al Ciudadano contenidos en el Cuadro de Mando Integral de la vigencia 2014 (último trimestre) y 2015 publicados en el Micrositio de la Oficina Asesora de Planeación / Sistema Integrado de Gestión, se observó lo siguiente:

a) No se encontró evidencia de la medición de los dos (2) últimos bimestres de la vigencia 2014 (septiembre-octubre y noviembre-diciembre) del indicador "Satisfacción del usuario con la respuesta a PQR" cuya periodicidad de medición establecida es bimestral.

b) De igual forma, no se encontró evidencia del establecimiento de acciones correctivas, preventivas o de mejora como resultado del incumplimiento de las metas o los valores esperados, tal como se muestra a continuación:

Indicador	Meta	Valor Mínimo Esperado	Mes de Medición	Resultado Medición	Acción Requerida
Satisfacción del usuario con la respuesta a PQR	Lograr que un 70% de los usuarios encuestados se sientan satisfechos por la atención de su PQR	Lograr que un 60% de los usuarios encuestados se sientan satisfechos por la atención de su PQR	feb-14	69%	Preventiva
			feb-15	67%	
			abr-15	61%	
			jun-15	67%	
			ago-15	64%	
			oct-15	61%	
			dic-15	52%	Correctiva
Oportunidad en las respuestas de las PQR	Mínimo 1	Mínimo 1	abr-15	0,94	Correctiva
			may-15	0,83	

Las anteriores situaciones contravienen lo establecido en:

a) Instructivo Indicadores de Gestión I-OP-001 versión 0 de fecha 27 de diciembre de 2013 numeral 5. 5. Condiciones Generales título "Seguimiento de los indicadores de gestión" que dispone "(...) A partir de ese análisis toma las decisiones que sean requeridas que permitan el mantenimiento, crecimiento o mejora de los resultados según la situación y en caso de que no se hayan alcanzado las metas propuestas se gestionan las acciones correctivas o preventivas que sean pertinentes (...), titulo "Reporte de los indicadores de gestión" ítem 6 "(...) Los resultados de los indicadores generan una Acción Correctiva en caso de estar por debajo de los valores mínimos y no cumplir la meta; Acción Preventiva en caso de que los resultados se ubiquen entre el valor mínimo y el máximo", numeral 6 Desarrollo de actividades para el reporte de indicadores de gestión etapa 110 donde el Dueño de Proceso y/o Líder de Subproceso debe "Formular acciones correctivas, preventivas o de mejora respecto de los resultados descritos utilizando el formato R-CI-009 Registro de Acciones Correctivas y Preventivas (...)."

Nota: A la fecha este instructivo no se encuentra vigente dentro del SIG dado que fue reemplazado por el P-OP-023 que se enuncia en el siguiente literal. No obstante, se aclara que el mismo se encontraba vigente para la fecha de ocurrencia del hallazgo.

b) Procedimiento Indicadores de Gestión P-OP-023 versión 0 de enero de 2016 numeral 3 Responsables "Los responsables de la aplicación de este procedimiento son los dueños de procesos, los cuales deben aportar la información de los indicadores de manera oportuna, veraz, consistente y coherente con el desempeño de los procesos a su cargo, la formulación de acciones de acuerdo con los resultados obtenidos y el análisis permanente de la medición para evaluar su pertinencia.", numeral 13. Descripción de actividades etapa 30 "Aplicar la medición de los indicadores teniendo en cuenta la forma de cálculo y periodicidad establecida para cada uno de ellos." bajo responsabilidad del Profesional Asignado por el dueño del proceso, numeral 11 Seguimiento de los indicadores de gestión "(...) en caso de que no se hayan alcanzado las metas propuestas, se deben documentar las acciones correctivas o preventivas que sean pertinentes, en cumplimiento de los dispuesto en el procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora del SIG." y numeral 12 literal 7 "Los resultados de los indicadores generan una Acción Correctiva en caso de estar por debajo de los valores mínimos y no cumplir la meta; Acción Preventiva en caso de que los resultados se ubiquen entre el valor mínimo y el máximo; y una Acción de Mejora discrecionalmente a cargo de los responsables, en caso de querer aumentar o mejorar los resultados."

c) Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora del Sistema Integrado de Gestión P-OP-017 versión 0 del 09-Jun-14 numeral 6 Condiciones Generales que dispone "Las principales fuentes para identificar la necesidad de implementar acciones correctivas, preventiva o de mejora, dentro de la organización son las siguientes: (...) Tendencias o comportamientos identificados durante el análisis de los indicadores de gestión de los procesos." y etapa 30 donde Servidores Públicos de

TMSA deben "Notificar a la Oficina Asesora de Planeación, la apertura de la acción, con el fin de asignar consecutivo a la acción planteada".

Nota: A la fecha este procedimiento no se encuentra vigente dentro del SIG dado que fue actualizado y emitido en su versión 1 que se enuncia en el siguiente literal. No obstante, se aclara que el mismo se encontraba vigente para la fecha de ocurrencia del hallazgo.

d) Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora del sistema integrado de gestión P-OP-017 versión 1 de diciembre de 2015 numeral 6 Condiciones Generales que dispone "Las principales fuentes para identificar la necesidad de implementar acciones correctivas, preventiva o de mejora, dentro de la organización son las siguientes: (...) Tendencias o comportamientos identificados durante el análisis de los indicadores de gestión de los procesos." y el numeral 7. Descripción de actividades en todas sus etapas.
e) Norma NTCGP 1000:2009 numeral 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos el cual establece "La entidad debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y cuando sea posible, su medición. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia). (...) Como resultado del seguimiento de la medición y seguimiento de los procesos, deben llevarse a cabo correcciones, acciones preventivas y/o correctivas, según sea conveniente.".

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Desconocimiento de lo establecido en la normatividad aplicable.

CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO:

Falta de revisión del procedimiento en mención.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

No atender de forma oportuna y adecuada las PQR'S interpuestas por los ciudadanos.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Ausencia de acciones preventivas como resultado de la medición de indicadores de gestión podrían ocasionar el incumplimiento de los objetivos del proceso y problemas relacionados con la satisfacción del usuario con las respuestas dadas a las PQRS.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Capacitar al equipo de trabajo en lo requerido por el procedimiento de Indicadores de Gestión, el Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora del Sistema Integrado de Gestión y la Norma NTCGP 1000:2009.
2) Revisar los resultados de los indicadores conforme a la frecuencia de medición establecida y registrar la solicitud de acción preventiva, correctiva o de mejora acorde con lo establecido en los procedimientos del sistema integrado de gestión.

RESPUESTA DEL AUDITADO: ACEPTADO

PLAN DE MEJORAMIENTO:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA (S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
Revisar procedimiento	Una (1) revisión	Correctiva	Profesional Especializado Atención al Usuario	Subgerente de Comunicaciones y Atención al Usuario Jefe Oficina Asesora de Planeación	01/05/2016	31/12/2016

ACCIÓN(ES) PROPUESTA (S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
Requerir a la Oficina Asesora de Planeación, orientación para la implementación de las acciones de mejora.	Una (1) orientación	Correctiva	Profesional Especializado Atención al Usuario	Subgerente de Comunicaciones y Atención al Usuario Jefe Oficina Asesora de Planeación	01/05/2016	31/12/2016
Realizar acciones de mejora último trimestre reportado por Oficina de Control Interno.	Una (1) acción correctiva Una (1) acción preventiva					

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

El plan de mejoramiento da cobertura a la causa y recomendaciones presentadas.

HALLAZGO N° 6 - INCONGRUENCIAS FLUJO DE ACTIVIDADES PROCEDIMIENTO P-SC-001 ATENCIÓN DE PETICIONES, QUEJAS Y RECLAMOS Y SUGERENCIAS

DESCRIPCION DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA:

En el análisis del procedimiento Atención de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias P-SC-001 versión 0 de fecha 10 de diciembre de 2013 en el numeral 7.1 "Solicitudes escritas" se encontraron incongruencias en el flujo de actividades tal como se describe a continuación:

ETAPA	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
¿75?	¿Fue entregada la respuesta al usuario? **Si: Ir a etapa 190** **No: Ir a etapa 200**	Secretaria de la dependencia encargada de radicar y entregar para trámite en correspondencia
180	Anexar el antecedente en original a la comunicación y archivarla. **Ir a etapa 230.**	Secretaria de la dependencia encargada de radicar y entregar para trámite en correspondencia
190	Ubicar en cartelera externa la comunicación durante quince (15) días calendario	Profesional Especializado y/o Universitario de Servicio al Ciudadano y Contacto SIRCI y/o Profesional Universitario de Gestión Documental
200	Elaborar, firmar y enviar el formato **R-SC-003 Acta de Fijación y Desfijación** con el motivo por el cual no fue entregada la comunicación al (los) Profesional (es) Especializado y/o Universitario de Servicio al Ciudadano y Contacto SIRCI	Profesional Universitario de Gestión Documental
210	Firmar el formato **R-SC-003 Acta de Fijación y Desfijación** y pasarla a la Secretaria de la Subgerencia de Comunicaciones y Atención al Usuario.	Profesional Especializado y/o Universitario de Servicio al Ciudadano y Contacto SIRCI y/o Profesional Universitario de Gestión Documental
220	Anexar el antecedente en original a la comunicación, el formato **R-SC-003 Acta de Fijación y Desfijación** diligenciado y archivarlo	Secretaria Subgerencia de Comunicaciones y Atención al Usuario
230	**Fin**	

COPIA CONTROLADA

Nota al Procedimiento: Cuando la solicitud llegue directamente al área responsable se aplicará todos los pasos contemplados en el anterior diagrama de etapas a partir de la etapa de control número ¿45?.

a) Los condicionales del interrogante 75 no son congruentes toda vez que establece como actividad la ubicación de un comunicado en la cartelera externa (Etapa 190) cuando se cumple la condición: ¿Fue entregada la respuesta al usuario?

b) No se encontró evidencia de la etapa que establezca el momento en que el responsable de ejecutar el interrogante 75 ¿Fue entregada la respuesta al usuario? dirija la comunicación no entregada al responsable de ubicar dicha comunicación en la cartelera externa.

c) La ubicación en la cartelera (Etapa 190) se ejecuta antes de ser elaborada y firmada el Acta de Fijación y Desfijación R-SC-003 con la cual se autoriza su publicación.

La situación descrita contrasta con lo establecido en la Norma NTCGP:1000 numeral 4.2.1 “Generalidades” que establece: "La documentación del Sistema de Gestión de la Calidad debe incluir: "(...) c) los procedimientos documentados y los registros requeridos en esta Norma" y "d) los documentos, incluidos los registros, requeridos por la entidad para el cumplimiento de sus funciones y que le permitan asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos", la norma NTDSIG 001:2011 numeral 5.1 "Procedimientos documentados y registros en el Sistema Integrado de Gestión" que dispone: "Los procedimientos documentados y registros en el Sistema Integrado de Gestión en la entidad y organismo distrital deben atender las siguientes consideraciones: a. Definir los procedimientos necesarios que describan las condiciones de operación de los procesos relacionados con la prestación de los bienes y /o servicios, de acuerdo con lo establecido en la planificación operativa.(...)" y el procedimiento Atención de Peticiones, Quejas y Reclamos y Sugerencias P-SC-001 versión 0 de fecha 10 de diciembre de 2013 en su numeral 1 “Objeto” el cual indica: "Reglamentar el proceso que debe seguir la atención de un derecho de petición, una queja, un reclamo, una solicitud de información y/o una sugerencia presentados en TRANSMILENIO S.A. (…)”

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Falta de revisión del procedimiento en mención.

CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO:

Procedimiento Obsoleto.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

No atender de forma oportuna y adecuada las PQR’S interpuestas por los ciudadanos.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Inadecuada definición de lineamientos y procedimientos podrían generar desvío de las responsabilidades, pérdida de la memoria institucional y errores en la ejecución de controles.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Revisar el procedimiento y de ser necesario realizar los ajustes respectivos.
2) Enviar la modificación del procedimiento a la Oficina Asesora de Planeación.
3) Socializar el procedimiento adoptado en el SIG con el equipo de trabajo y demás funcionarios.

RESPUESTA DEL AUDITADO: ACEPTADO

PLAN DE MEJORAMIENTO:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA (S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
1. Modificar el procedimiento P-SC-001 versión 0 de fecha 10 de diciembre de 2013	1 Modificación	Correctiva	Profesional Especializado Servicio al Ciudadano	Subgerente de Comunicaciones y Atención al Usuario	01/05/2016	31/12/2016
2. Enviar el procedimiento a la Oficina Asesora de Planeación para su aprobación y adopción	Un (1) procedimiento actualizado			Oficina Asesora de Planeación		

ACCIÓN(ES) PROPUESTA (S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
3. Socialización del procedimiento con el equipo de trabajo	1 Socialización	Correctiva	Profesional Especializado Servicio al Ciudadano	Subgerente de Comunicaciones y Atención al Usuario Oficina Asesora de Planeación	01/05/2016	31/12/2016

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

El plan de mejoramiento da cobertura a la causa y recomendaciones presentadas.

SUBPROCESO COMUNICACIÓN EXTERNA

HALLAZGO N° 7 - DESACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN PUBLICADA EN LA PÁGINA WEB - LEY DE TRANSPARENCIA Y DEL DERECHO AL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

DESCRIPCION DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA:

En la revisión realizada a la "Información mínima obligatoria respecto a la estructura del sujeto obligado" de que trata el artículo 9° de la Ley 1712 de 2014 "Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones", se evidenció que de un total de veintiséis (26) enlaces seleccionados del mapa del sitio, nueve (09) de éstos (equivalentes al 35%) se encontraban desactualizados, mientras que uno, (equivalente al 4%) no permitieron su acceso.

Lo anterior vulnera lo dispuesto en la Ley 1712 de 2014 en su artículo 3 "Otros principios de la transparencia y acceso a la información pública" en lo relacionado con el "Principio de la divulgación proactiva de la información" que establece: "El derecho de acceso a la información no radica únicamente en la obligación de dar respuesta a las peticiones de

la sociedad, sino también en el deber de los sujetos obligados de promover y generar una cultura de transparencia, lo que conlleva la obligación de publicar y divulgar documentos y archivos que plasman la actividad estatal y de interés público, de forma rutinaria y proactiva, actualizada, accesible y comprensible, atendiendo a límites razonables del talento humano y recursos físicos y financieros". De igual forma se transgrede el "Principio de la calidad de la información" según el cual: "Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva entidad", así como el parágrafo del artículo 10° que reza: "Los sujetos obligados deberán actualizar la información a la que se refiere el artículo 9°, mínimo cada mes."

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Ausencia de mecanismos de control que permitan llevar la trazabilidad de los cambios normativos y de la información institucional que debe ser publicada en la página web corporativa.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

Divulgación de información manipulada o incompleta.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Desinformación a los Usuarios.

Mala imagen de la Entidad

Multas o sanciones instauradas por los Entes de Control.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Realizar verificaciones periódicas (mínimo una vez al mes) de la información publicada en la página Web.
2) Solicitar a los responsables de la información publicada, las revisiones y actualizaciones necesarias (mínimo una vez al mes).

RESPUESTA DEL AUDITADO: NO ACEPTADO

JUSTIFICACION:

La Subgerencia de Comunicaciones presentó la siguiente justificación en el reporte de hallazgos:

“El componente de comunicación externa se encarga de hacer visible la información de la entidad a través de la página web, pero los responsables de que esté actualizada la información que allí se aloja, son los profesionales de cada área que han sido designados para trabajar los requerimientos que frente a esta Ley hace la Veeduría. La Subgerencia de Comunicaciones no es el área encargada del relacionamiento con los entes de control, por tanto no es responsable de hacer seguimiento a lo que Veeduría solicita. Se sugiere que desde la oficina de Planeación se genere un lineamiento para que se responsabilice los profesionales encargados de atender la Ley de Transparencia.”

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Una vez analizada la justificación emitida por el responsable del subproceso auditado, la Oficina de Control Interno ratifica el hallazgo por las siguientes razones:

a) Tal como lo establece la Caracterización del Subproceso “Comunicación Externa” (versión 2, febrero de 2015), el objetivo principal y alcance del mencionado subproceso es:

"Objetivo del Subproceso: *Mantener informado a los grupos de interés de comunicación externa sobre la gestión de la Entidad y el estado del SITP.*

Alcance del Subproceso: *Información externa transmitida a Grupos de Interés."*

b) Dentro de las actividades propias del Subproceso "Comunicación Externa" se encuentran las de (extraídas de la caracterización del Subproceso vigente a la fecha):

- *"Determinar la estrategia para la comunicación externa de la información requerida por los grupos de interés.*
- *Planificar los proyectos, actividades y términos para la gestión de la comunicación externa de la Entidad y del SITP.*
- *Identificar los requerimientos de información y comunicación de los grupos de interés en la comunicación externa de la Entidad.*
- *Coordinar la difusión de la información dirigida a los grupos de interés a través de páginas web y redes sociales de la Entidad.*
- *Realizar el monitoreo de medios para conocer la información que se publica en los medios de comunicación, acerca de la Entidad y del SITP.*
- *Verificar el desarrollo de la estrategia de comunicaciones dirigida a los grupos de interés en lo relacionado con la comunicación externa.*
- *Redefinir las actividades propias de comunicación externa de manera que aporten al desarrollo de la estrategia de comunicaciones y al procedimiento de comunicación externa.*
- *Tomar Acciones Correctivas, Preventivas y/o de Mejora."*

c) Teniendo en cuenta lo anteriormente descrito, si bien la Subgerencia de Comunicaciones no es la dependencia responsable de emitir directamente la totalidad de la información que se publica y comunica a los diferentes grupos de interés de la Entidad, sí lo es por implementar estrategias, planificar proyectos, coordinar la difusión, realizar monitoreo e implementar mecanismos de control, que garanticen el

cumplimiento del objetivo esencial del Subproceso “Comunicación Externa” en condiciones adecuadas y legítimas que permitan el cumplimiento de la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública y demás normas complementarias, sin perjuicio de que el desarrollo de las actividades necesarias para el cumplimiento de tal requisito normativo demande la participación de todas las dependencias organizacionales de TRANSMILENIO S.A. bajo la coordinación de la Subgerencia de Comunicaciones y Atención al Usuario.

NOTA: La respuesta ante los hallazgos observados por la Oficina de Control Interno es discrecional de la Administración de la Entidad, quien a su vez asume la responsabilidad por los riesgos identificados que no sean gestionados, pues esto quiere decir que la Entidad ha decidido asumir el impacto que pudiera generarse en caso de que los mismos llegaran a materializarse.

HALLAZGO N° 8 - USO DE DOCUMENTACIÓN OBSOLETA

DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA:

Como resultado de la prueba de recorrido realizada al Subproceso Comunicación Externa, se evidenció que en el Procedimiento P-SC-003 Gestión de la Comunicación Externa de la Entidad versión 1 de junio de 2015 en el numeral 4 "Documentos de Referencia" se relaciona el Manual de Manejo de Crisis en Comunicaciones – Sistema TransMilenio el cual es un documento obsoleto dado que menciona dependencias y/o cargos inexistentes en la Entidad, tales como: Oficina de Comunicaciones, Oficina Jurídica, Dirección de Operaciones y Gerencia Operaciones.

La anterior situación contraviene lo establecido en la NTCGP 1000 numeral 4.2.3. “Control de Documentos” literales b) y c) que establecen la necesidad de "revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente" y "asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de versión vigente de los

documentos", el Manual Técnico Para el MECI 2014 en su Eje Transversal “Información y Comunicación” que dispone "Para el óptimo funcionamiento de este eje, debe garantizarse su registro y/o divulgación oportuna, exacta y confiable, en procura de la realización efectiva y eficiente de las operaciones, soportar la toma de decisiones y permitir a los funcionarios un conocimiento más preciso y exacto de la entidad" y el numeral 3. "Responsable" del procedimiento P-OP-001 “Control de los Documentos Oficiales del Sistema Integrado de Gestión” versión 1 de junio de 2015 que dispone "(...) Es responsabilidad de los dueños de proceso la elaboración y actualización de los documentos oficiales del Sistema Integrado de Gestión de TRANSMILENIO S.A. (...)".

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO:

Desactualización de la documentación del subproceso en el Sistema Integrado de Gestión, posiblemente asociadas a la falta de conocimiento de las responsabilidades frente al Sistema Integrado de Gestión de la Entidad.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO

Inadecuada definición de lineamientos, procedimientos y responsabilidades.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Desvío de las responsabilidades, pérdida de la memoria institucional y errores en la ejecución de controles.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Revisar el procedimiento P-SC-003 Gestión de la Comunicación Externa de la Entidad y de ser necesario realizar los ajustes respectivos.
2) Enviar la modificación del procedimiento a la Oficina Asesora de Planeación.

3) Socializar el procedimiento adoptado en el SIG con el equipo de trabajo y demás funcionarios.

RESPUESTA DEL AUDITADO: ACEPTADO

PLAN DE MEJORAMIENTO:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
1. Revisar el procedimiento P-SC-003 Gestión de la Comunicación Externa de la Entidad y de ser necesario realizar los ajustes respectivos.	Una (1) Revisión	Correctiva	Profesional Especializado de Prensa y Comunicación Externa	Oficina Asesora de Planeación	18/05/2016	30/12/2016

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
2. Enviar la modificación del procedimiento a la Oficina Asesora de Planeación.	Un (1) envío	Correctiva	Profesional Especializado de Prensa y Comunicación Externa	Oficina Asesora de Planeación	18/05/2016	30/12/2016
3. Socializar el procedimiento adoptado en el SIG con el equipo de trabajo y demás funcionarios.	Una (1) Socialización					

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

El plan de mejoramiento da cobertura a la causa y recomendaciones presentadas.

SUBPROCESO GESTION SOCIAL

HALLAZGO N° 9 - SEGUIMIENTO A COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS ACTIVIDADES DE GESTIÓN SOCIAL

DESCRIPCION DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA

En la verificación realizada a una muestra de cuarenta y dos (42) actas físicas de actividades de Gestión Social ejecutadas con respecto a la información contenida en la Matriz de Actividades de Gestión Social del período auditado, se evidenció que en veinticuatro (24) actas se adquirieron compromisos de los cuales no se encontró evidencia alguna del seguimiento al cumplimiento del 100% de los mismos.

Lo anterior, incumple lo establecido en la NTCGP1000:2009 en su numeral 8.2.1 "Satisfacción del cliente" que dispone "(...) la entidad debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la entidad. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información. (...)", la NTD-SIG 001:2011 en su numeral 4.2.6 "Planificación de la Medición y el Seguimiento" que indica "b. El sistema de medición y seguimiento debe permitir valorar el desempeño del Sistema Integrado de Gestión en términos de: (...) 4) La atención y servicio al usuario. (...)" y el Manual de Gestión Social M-SC-001 versión 2 de septiembre de 2015 en su numeral 6.2.3.1.3. “Reuniones” que establece: "En el desarrollo de la reunión: (…) Se debe establecer lo que se necesita hacer después de la reunión, quien hará qué y cuándo, para darle seguimiento a los acuerdos."

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO:

Ausencia de una herramienta que permita hacer el correspondiente seguimiento de los compromisos adquiridos.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

Determinación inadecuada de estrategias para lograr la Gestión Social.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Deterioro de la imagen de los gestores y por ende de la Entidad ante la Comunidad.

Instauración de demandas ante el potencial incumplimiento de los compromisos adquiridos.

Pérdida de credibilidad.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Desarrollar e implementar una herramienta que permita describir y hacer seguimiento a los compromisos adquiridos con la comunidad.

RESPUESTA DEL AUDITADO: ACEPTADO

PLAN DE MEJORAMIENTO:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA (S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
Diseño de una herramienta que permita hacer seguimiento de los compromisos adquiridos.	Una (1) herramienta elaborada	Correctiva	Profesional Especializado 06 - Gestión Social	Subgerencia de Comunicaciones y Atención al Ciudadano	01/05/2016	30/05/2016

ACCIÓN(ES) PROPUESTA (S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
Implementación de una herramienta que permita hacer seguimiento de los compromisos adquiridos.	Una (1) herramienta implementada	Correctiva	Profesional Especializado 06 - Gestión Social	Subgerencia de Comunicaciones y Atención al Ciudadano	01/06/2016	Permanente

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

El plan de mejoramiento da cobertura a la causa y recomendaciones presentadas.

SUBPROCESO COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL

HALLAZGO N° 10 – AUSENCIA DE SOPORTE DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DE CUMPLIMIENTO CONTRACTUAL

DESCRIPCION DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA

Al realizar la verificación a la carpeta en donde reposa la documentación correspondiente al Contrato de Prestación de Servicios N° 367 de 2015 suscrito entre TRANSMILENIO S.A. y CONTROLES EMPRESARIALES LTDA. y cuyo objeto es: "Prestación de servicios profesionales para realizar acompañamientos en la gestión, producción y desarrollo de buenas prácticas para generar adecuadamente contenidos en la intranet (Transmitiendo) de Transmilenio S.A.", no se encontró evidencia de la documentación que soporte la ejecución de las obligaciones del contratista establecidas en la cláusula “Obligaciones del Contratista”, tales como:

1) Documentación que registre el desarrollo de las capacitaciones (los temas, agenda, los asistentes y/o presentaciones).
2) Designar un director de proyectos e informar a Transmilenio S.A., datos de contacto y el procedimiento de arranque del proyecto.
3) Proporcionar 150 horas que serán distribuidas entre capacitación, desarrollos requeridos e implementación de ellos en la intranet corporativa.
4) Los desarrollos realizados en el marco del presente contrato, serán entregados en código abierto a Transmilenio S.A., con la correspondiente documentación.
5) Efectuar las actualizaciones y/o migraciones necesarias para incorporar las nuevas funcionalidades y/o desarrollos realizados.
6) Instruir la implementación de módulos específicos para los micrositios de las áreas de la entidad, haciendo transferencia de conocimiento.
7) Presentar a la supervisión del contrato, informes de seguimiento sobre las actividades realizadas en las capacitaciones.
8) El director del proyecto y su equipo deberán tener la disponibilidad 5x8 para resolver inquietudes durante la ejecución y garantía del contrato en forma presencial o remota.
9) El proponente debe informar permanentemente a la entidad de las vulnerabilidades que afecten la herramienta de desarrollo y la solución ofrecida y/o implementada, aplicando los correctivos necesarios, durante la ejecución y garantía del contrato.
10) El director del proyecto deberá suministrar un número telefónico y una cuenta de correo, en la que los supervisores le podrán contactar.
11) Apoyar durante la vigencia del contrato para garantizar disponibilidad de la intranet corporativa.
12) Presentar mensualmente junto con la facturación de las horas consumidas, un informe al supervisor del contrato quien podrá hacer las observaciones necesarias. Este informe servirá de soporte a la factura presentada.

Esta situación fue comunicada el 6 de abril de 2016 mediante correo electrónico dirigido a la Profesional Universitaria Grado 4 de Comunicación Organizacional con un plazo

perentorio para obtener dicha información, sin que se haya obtenido respuesta alguna a la fecha de emisión del presente hallazgo.

Lo anteriormente descrito transgrede lo establecido en el Manual de Supervisión e Interventoría M-SJ-002 versión 2 de noviembre 24 de 2014 en el numeral 12 que "Funciones del Interventor y/o Supervisor" que a texto dice:

"Para cumplir con las obligaciones de control, coordinación y vigilancia de los contratos suscritos por TRANSMILENIO S.A., el interventor y/o supervisor verificará, analizará y estudiará toda la documentación que generó su estructuración (planos, permisos, garantías, estudios previos, anexos técnicos, pliegos de condiciones definitivos, adendas, etc.) para que las obligaciones generadas se cumplan de acuerdo a lo requerido por la administración"

Así como lo indicado en el numeral 12.3 "Funciones Dimensión Técnicas" ítem N° 15 que indica:

"Según la naturaleza del contrato, exigir al contratista de acuerdo con las previsiones legales, el cumplimiento de las formalidades para la cesión de derechos, patentes, derechos de autor, etc., a favor de la entidad".

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Desconocimiento de la normatividad existente en cuanto a las responsabilidades del Supervisor.

CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO:

Al ser una supervisión compartida, no se definieron claramente los roles de seguimiento al cumplimiento del contrato.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

Que los grupos de interés no reciban los mensajes emitidos sobre los temas de su interés.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Posibles pérdidas económicas para la Entidad.

Sanciones por el incumplimiento de las directrices señaladas en el manual de supervisión e interventoría.

Perdida de la memoria institucional.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Recuperar en lo posible, toda la documentación que soporte el cumplimiento de las obligaciones del contratista.
2) Enviar a la Subgerencia Jurídica la documentación recuperada para archivo en la carpeta del contrato en mención.
3) Realizar una verificación a todos los contratos bajo su responsabilidad garantizando que se cuente con las evidencias del cumplimiento de las obligaciones del contratista como lo establece el Manual de Interventoría de la Entidad.
4) Solicitar una capacitación a la Subgerencia Jurídica en lo establecido en el Manual de Interventoría y Supervisión de la Entidad.

RESPUESTA DEL AUDITADO: ACEPTADO

PLAN DE MEJORAMIENTO:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
1. Recuperar en lo posible, toda la documentación que soporte el cumplimiento de las obligaciones del contratista.	Contar con el 100% de la documentación en la carpeta	Correctiva	Profesional Universitario Comunicación Organizacional. Profesional Universitario Dirección de Tic´s	Subgerente de Comunicaciones y Atención al Usuario	14/04/2016	13/05/2016
2. Enviar a la Subgerencia Jurídica la documentación recuperada para archivo en la carpeta del contrato en mención.	Contar con el 100% de la documentación en la carpeta	Correctiva	Profesional Universitario Comunicación Organizacional. Profesional Universitario Dirección de Tic´s	Subgerente de Comunicaciones y Atención al Usuario	14/04/2016	13/05/2016

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

El plan de mejoramiento da cobertura a la causa y recomendaciones presentadas.

HALLAZGOS COMPARTIDOS ENTRE DOS O MÁS SUBPROCESOS

HALLAZGO N° 11 - CONTENIDO DEL MAPA DE RIESGOS POR SUBPROCESOS

DESCRIPCION DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA:

En la verificación de los controles registrados en los mapas de riesgos de los subprocesos que hacen parte del Proceso Gestión Grupos de Interés, se observó lo siguiente:

SUBPROCESO SERVICIO AL CIUDADANO:

En la ejecución de la prueba de recorrido realizada al subproceso, no se encontró evidencia de la ejecución de los siguientes controles (pese a que los mismos se

encuentran establecidos formalmente) lo cual fue confirmado con el responsable del mismo, dichos controles son:

a) "Seguimiento de los oficios en físico a través de la herramienta de software de office": Adicional a su no ejecución, se observó que el mismo no tiene un responsable definido formalmente en documento alguno, pese a que el mapa de riesgos registra lo contrario.
b) "Los requerimientos resueltos por el operador, deben llevar en su carta remisoria una copia de la respuesta definitiva a la Subgerencia de Comunicaciones y Atención al Usuario de Servicio al Ciudadano de TRANSMILENIO": Adicional a su no ejecución, este control está documentado en el Procedimiento P-SC-001, no obstante no se encuentra registrado en el mapa de riesgos del subproceso.
c) "Solicitud de reporte por parte de la Alcaldía Mayor de Bogotá, donde se informe anticipado de las actualizaciones y/o modificaciones que tendrá la plataforma": Se encuentra en el mapa de riesgos valorado como documentado, aplicado, con frecuencia definida formalmente, con responsable definido y como efectivo, no obstante no se encontró evidencia de su ejecución y documentación.

Adicionalmente se observó que la definición del riesgo "No atender los requerimientos que llegan a la entidad en físico, de los ciudadanos y ciudadanas" registrado en el mapa de riesgos de este subproceso está limitando su alcance a las peticiones físicas sin considerar los recibidos a través de otros canales (Aplicativos SDQS y SOHO, entre otros) tal como lo exige la normatividad aplicable.

SUBPROCESO CULTURA CIUDADANA Y ATENCION EN VIA:

No se encontró evidencia de la ejecución del control "Contacto con medios de comunicación que cubran y ayuden en la difusión de las campañas y mensajes de cultura ciudadana en el Sistema" identificado para el riesgo "No capacitar a los usuarios en el sistema", lo cual fue confirmado por el Profesional Especializado grado 05 de Atención al

Usuario en Vía y Cultura ciudadana, no obstante figura en el mapa de riesgos del subproceso valorado como documentado, aplicado, con frecuencia definida formalmente, con responsable definido y como efectivo.

SUBPROCESO GESTIÓN SOCIAL:

En la ejecución de las pruebas de recorrido se indagó sobre el control "Identificar la satisfacción en las actividades relacionadas con el desarrollo de los espacios para la participación ciudadana, comunitaria e institucional" registrado en la caracterización del subproceso, encontrando que el mismo no está registrado en el mapa de riesgos del subproceso en mención y que fue ejecutado hasta el mes de febrero de 2015 a través de una encuesta, la cual era aplicada por cada uno de los Gestores en las actividades que se desarrollaban con la comunidad, lo cual fue confirmado por el Profesional Especializado (06) - Gestión Social quien informó que esta actividad no se siguió realizando debido a la carencia del recurso humano necesario para aplicar la herramienta y que los ciudadanos enfocaban la encuesta hacia la prestación del servicio.

Las situaciones anteriormente descritas contrastan con lo establecido en el Manual Gestión del Riesgo en TRANSMILENIO S.A. M-OP-002 versión 0 de diciembre de 2015 en el ítem 2 del numeral 5.1. Objetivos "Implementar controles efectivos que garanticen la mitigación del riesgo", numeral 5.5 Responsabilidades en cuanto a los Dueños de Proceso ítem 2 "(...) Identificar los controles con los que cuenta el proceso y evaluarlos de acuerdo con la metodología para la gestión de riesgos definida y aprobada (...)", numeral 6 Valoración de los Riesgos 6.4.1. Características del control "En la definición del control se debe especificar en qué consiste el control, a qué tipo de control pertenece, la periodicidad con la que se ejecuta y quién es el responsable de ejecutarlo (a nivel de cargo y no el nombre específico de la persona) (...)", numeral 6.6 Monitorear y revisar "(...) Una revisión general de la matriz de riesgos debe ser realizada trimestralmente, en concordancia con la revisión realizada por los líderes de los procesos. Cada vez que se

identifique algún nuevo riesgo, cambios en el análisis de un riesgo ya identificado o cambios en los controles para mitigar el riesgo, debe actualizarse la matriz de riesgos, (...) No obstante, el líder de proceso junto con su equipo de trabajo, deben revisar periódicamente que los controles definidos estén documentados, se aplican y son efectivos y deben informar al líder de riesgos sobre dicha revisión. (...)", Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno Para el Estado Colombiano - MECI 2014 numeral 1.3.3.2 Valoración del Riesgo "La valoración del riesgo es el producto de confrontar los resultados de la evaluación del riesgo con los controles identificados, esto se hace con el objetivo de establecer prioridades para su manejo y para la fijación de políticas. Para adelantar esta etapa se hace necesario tener claridad sobre los puntos de control existentes en los diferentes procesos, los cuales permiten obtener información para efectos de tomar decisiones (...)" y la Norma Técnica Distrital NTDSIG 001:2011 en su numeral 4.2.2 Planificación de la Gestión del Riesgo literal h. "Los líderes de los procesos identificados deben monitorear periódicamente su(s) respectivo(s) mapa(s) de riesgo(s) con el objetivo de garantizar la eficiencia, eficacia y efectividad de las acciones propuestas para su tratamiento".

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Desconocimiento de la normatividad existente para el establecimiento de controles.

No dar la importancia que requiere el establecimiento de controles dentro del subproceso.

Falta de personal en el área para realizar la actividad.

CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO:

Controles obsoletos y falta de capacitación en el manejo de la documentación manual de riesgos de TRANSMILENIO S.A.

Desactualización del mapa de riesgos del proceso.

No dar la Importancia que requiere el establecimiento de controles dentro del subproceso.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

No atender los requerimientos que llegan a la entidad en medio físico, por parte de los diferentes ciudadanos.

Fallas en las plataformas de registro de PQR'S (SDQS Y SUGAR).

No Socializar a los usuarios en el sistema.

No capacitar a los usuarios en el sistema.

Determinación inadecuada de estrategias para lograr la Gestión Social.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Posible materialización de los riesgos.

Afectación al logro de los objetivos estratégicos de la Entidad.

Pérdida de la memoria institucional.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Revisar la identificación y valoración de los controles registrados en el Mapa de Riesgos de los subprocesos permitiendo reflejar la realidad de los mismos y realizar los ajustes a que haya lugar.
2) Enviar a la Oficina Asesora de Planeación los mapas de riesgos de los subprocesos ajustados para su oficialización en el Sistema Integrado de Gestión de la entidad.
3) Socializar al personal involucrado en los subprocesos los mapas de riesgos oficializados en el Sistema Integrado de Gestión.

4) Solicitar a la administración de la Entidad el recurso humano necesario en el proceso, previo estudio que permita determinar de forma técnica la cantidad y perfil del personal requerido.

RESPUESTA DEL AUDITADO: ACEPTADO

PLAN DE MEJORAMIENTO:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA (S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
Revisar el mapa de riesgos	Una (1) revisión	Correctiva	Profesional Especializado Gr. 6	Subgerente de Comunicaciones y Atención al Usuario Jefe Oficina Asesora de Planeación	01/05/2016	31/12/2016
Solicitar a la Oficina Asesora de Planeación capacitación en el manejo documentación del mapa de riesgos	Una (1) capacitación					
Actualizar mapa de riesgos Enviar a la Oficina Asesora de Planeación	1	Correctiva	Profesional Especializado Grado 05 Cultura Ciudadana	Subgerente de Comunicaciones y Atención al Usuario	01/06/2016	31/12/2016

ACCIÓN(ES) PROPUESTA (S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
Diseñar una herramienta que permita medir la satisfacción del usuario, frente a la atención de solicitudes que requiere la comunidad.	Una (1) herramienta diseñada	Correctiva	Profesional Especializado Grado 6 - Gestión Social Profesionales Universitarios Grado 4 - Gestión Social	Subgerente de Comunicaciones y Atención al Usuario	01/08/2016	30/08/2016
Implementar una herramienta que permita medir la satisfacción del usuario, frente a la atención de solicitudes que requiere la comunidad.	Una (1) herramienta implementada				01/09/2016	30/12/2016

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

El plan de mejoramiento da cobertura a la causa y recomendaciones presentadas.

HALLAZGO N° 12 - INDICADORES DE GESTIÓN

DESCRIPCION DEL HALLAZGO O SITUACIÓN ENCONTRADA

En la verificación realizada al proceso Gestión Grupos de Interés en lo correspondiente al establecimiento de los indicadores de gestión, se observó que el proceso tiene establecido en el cuadro de mando integral correspondiente a las vigencias 2015 y 2016 indicadores correspondientes a las siguientes categorías:

SUBPROCESO	EFICIENCIA	EFICACIA	EFECTIVIDAD
Cultura Ciudadana y Atención en Vía		x	
Servicio al Ciudadano	x	x	
Comunicación Externa		x	
Comunicación Organizacional	x	x	
Gestión Social		x	

Como se puede observar, cada uno de los subprocesos carece de uno o más de los tres (3) tipos de indicadores requeridos (eficiencia, eficacia y efectividad), situación que contrasta con lo establecido en las siguientes normas:

a) NTCGP 1000:2009 numeral 8.2.3:

"Seguimiento y medición de los procesos: La entidad debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad, y cuando sea posible, su medición. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados (eficacia) así como el manejo de los recursos disponibles (eficiencia).

El seguimiento y la medición del impacto (efectividad) de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados como en el manejo de los recursos utilizados pueden realizarse por proceso, por conjunto de procesos o en forma global para el Sistema. (...)".

b) Procedimiento de INDICADORES DE GESTIÓN P-OP-023 versión 0 de enero de 2016 en su numeral 8. "Formulación de los indicadores" que reza:

"Los principales parámetros de elaboración que deben tenerse en cuenta son: (...) b. Las variables seleccionadas deben apuntar a la medición de los principios de eficiencia, eficacia y efectividad por proceso. (...)"

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO Y POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO:

Desconocimiento de la normatividad aplicable al establecimiento de indicadores.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

No atender los requerimientos que llegan a la entidad, provenientes de los diferentes ciudadanos.

Falta en la Planificación o en el Seguimiento a la Gestión institucional.

Determinación inadecuada de estrategias para lograr la Gestión Social y la Comunicación Externa.

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Incumplimiento en el logro de los objetivos institucionales por ausencia de indicadores de eficiencia y efectividad que permitan realizar seguimiento y medición de las metas o factores claves de los subprocesos.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Los responsables de los subprocesos deben identificar y formular indicadores de gestión de eficiencia, eficacia y efectividad que permitan medir los factores claves de los subprocesos.
2) Enviar a la Oficina Asesora de Planeación los indicadores de gestión propuestos para su revisión y aprobación.
3) Medición de los indicadores eficiencia, eficacia y efectividad de los subprocesos de acuerdo con la frecuencia establecida.

RESPUESTA DEL AUDITADO: ACEPTADO (POR 4 SUBPROCESOS)

PLAN DE MEJORAMIENTO:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA (S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
1. Solicitar capacitación sobre el manejo de indicadores.	Una capacitación	Correctiva	Profesional Especializado Grado 05 Atención del usuario en vía y Cultura Ciudadana	Subgerente de Comunicaciones	15/05/2016	31/12/2016
2. Una vez efectuada la capacitación realizar la modificación de los indicadores	Una modificación					
1. Identificar y formular indicadores de gestión que permitan medir los factores claves de los subprocesos.	Una (1) Formulación	Correctiva	Profesional Especializado de Prensa y Comunicación Externa	Oficina Asesora de Planeación	16/05/2016	30/12/2016
2. Enviar a la Oficina Asesora de Planeación los indicadores de gestión propuestos para su revisión y aprobación.	Un (1) Envío a la Oficina Asesora de Planeación					
3. Realizar la medición de los indicadores de acuerdo a la frecuencia establecida.	Mediciones de los indicadores					

ACCIÓN(ES) PROPUESTA (S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
Solicitar a la Oficina Asesora de Planeación el acompañamiento para la revisión y desarrollo de los indicadores correspondientes	Formular e implementar los indicadores correspondientes de acuerdo a la normatividad existente	Correctiva	Profesional Universitario de comunicación Organizacional		18/04/2016	30/05/2016
1. Capacitación al equipo de profesionales de Gestión social en la normatividad y elaborar los indicadores correspondientes.	Una (1) capacitación Una (1) construcción	Correctiva	Profesional Especializado Grado 6 - Gestión Social Profesionales Universitarios Grado 4 - Gestión Social	Subgerente de Comunicaciones y Atención al Usuario Jefe Oficina Asesora de Planeación	18/04/2016	06/05/2016
2. Enviar a la Oficina Asesora de Planeación los Indicadores de Gestión propuestos para su revisión y aprobación.	Un (1) envío				01/06/2016	30/07/2016
3. Realizar la Medición de los Indicadores	Una (1) medición				01/08/2016	30/12/2016

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

El plan de mejoramiento da cobertura a la causa y recomendaciones presentadas.

NO ACEPTADO POR EL SUBPROCESO SERVICIO AL CIUDADANO

JUSTIFICACION:

La Subgerencia de Comunicaciones presentó la siguiente justificación en el reporte de hallazgos:

“El Subproceso de Atención al Usuario, cuenta con dos indicadores que son medibles frente a la entrega de respuesta a las PQRS, el indicador de efectividad no es medible en razón a que los argumentos técnicos presentados por las diferentes áreas de Transmilenio no lo permiten. Ejemplo: Usuario requiere más rutas en una zona, la respuesta de Subgerencia Técnica es que no hay diseños y que no es posible la implementación, lo anterior no es efectivo para el usuario por que la respuesta no es positiva a su necesidad.”

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

Una vez analizada la justificación dada por el responsable del subproceso auditado, la Oficina de Control Interno ratifica el hallazgo hasta tanto se presente un análisis de la viabilidad o no de establecer todos los indicadores de gestión requeridos por la normatividad aplicable, lo cual debería ser avalado por la Oficina Asesora de Planeación. La Oficina de Control Interno en el próximo seguimiento al plan de mejoramiento verificará las acciones realizadas para cerrar este hallazgo.

NOTA: La respuesta ante los hallazgos observados por la Oficina de Control Interno es discrecional de la Administración de la Entidad, quien a su vez asume la responsabilidad por los riesgos identificados que no sean gestionados, pues esto quiere decir que la Entidad ha decidido asumir el impacto que pudiera generarse en caso de que los mismos llegaran a materializarse.

HALLAZGOS PROCESO RELACIONADO

PROCESO DESARROLLO ESTRATEGICO - SUBPROCESO GESTIÓN CORPORATIVA

HALLAZGO N° 13 - CONSOLIDACIÓN MAPA DE RIESGOS POR PROCESOS Y DE CORRUPCIÓN

DESCRIPCION DEL HALLAZGO:

a) Al realizar la verificación de los riesgos y controles registrados en la Matriz de Riesgos de los subprocesos Comunicación Externa, Cultura Ciudadana y Atención en Vía, Gestión Social y Servicio al Ciudadano no se encontró evidencia de la identificación, valoración y opciones de manejo de los riesgos de corrupción, no obstante en el mapa de riegos de corrupción de la vigencia 2016 todos estos subprocesos cumplen con esta directriz. La anterior situación obedece a que a la fecha del presente reporte la Oficina Asesora de Planeación no ha unificado la metodología de Gestión de Riesgos de Transmilenio y la matriz correspondiente, así como tampoco ha emitido lineamientos para que los líderes de proceso unifiquen los mapas de riesgo por procesos en los cuales se incluya el componente de corrupción.
b) Adicionalmente se evidenció que el mapa de riesgo del subproceso Comunicación Organizacional, tiene identificado un riesgo de corrupción que de acuerdo con lo informado por la Profesional Grado 4 - Comunicación Organizacional, en varias ocasiones ha solicitado mediante correos electrónicos de fecha agosto 5 de 2015, diciembre 17 de 2015 y 18 de diciembre de 2015, la actualización de la matriz de riesgos del proceso y de corrupción, sin haber recibido la atención correspondiente. Todo lo anterior contraviene lo indicado en el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno MECI 2014 en la nota del numeral 1.3. Componente Administración de Riesgo que reza "Los mapas de Riesgos de las Entidades deben contener los Riesgos de Corrupción que se trabajan a través de esta metodología. Por tal razón, en todas las etapas de la administración del riesgo (Política de Administración del Riesgo, Contexto Estratégico, Identificación de Riesgos, Análisis del Riesgo y

Valoración del Riesgo) debe tenerse los parámetros y lineamientos establecidos por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República" y el Decimosegundo Lineamiento del Sistema Integrado de Gestión Distrital de junio de 2015 en su numeral 4. Productos SIG: Gestión del Riesgo, Implementación: "Documentar un mapa de riesgos que contemple la identificación de las siguientes tipologías de riesgos:

- Estratégicos
- Operativos
- Financieros
- Normativos
- Tecnológicos
- De conocimiento
- Ambientales
- Seguridad y salud en el trabajo
- Seguridad de la información
- Corrupción
- Y los demás que requieran".

Así como lo establecido el Manual Gestión del Riesgo en Transmilenio S.A versión 0 de diciembre de 2015 en el literal 4 del numeral 5.1 Objetivos "Desarrollar una gestión integrada de riesgos, que articule cada uno de los Subsistemas del SIG y los riesgos de Corrupción", numeral 5.4. Declaración de la Política "TRANSMILENIO S.A. contempla dentro de su Sistema de Administración de Riesgos, aquellos relacionados con corrupción, de acuerdo con los lineamientos impartidos por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República." y numeral 8. Mapa de Riesgos Institucional "Siguiendo cada una de las etapas definidas en el presente documento, se debe construir el mapa de riesgos institucional de la entidad, que contiene a nivel estratégico los mayores riesgos a los que está expuesta la entidad; los riesgos que

afecten a la entidad en su conjunto y los riesgos identificados de los procesos misionales; así mismo se incluirán los riesgos de corrupción".

POSIBLE(S) CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

1) No hacer un seguimiento permanente a las matrices de riesgos identificadas por cada dependencia.
2) Falta de capacitación a los responsables de los procesos y/o subprocesos en la metodología establecida por la Entidad para administrar los riesgos.
3) Falta de actualización del mapa de riesgos de los subprocesos por parte de la Oficina Asesora de Planeación en el Sistema Integrado de Gestión.

CAUSA(S) IDENTIFICADAS POR EL RESPONSABLE DEL PROCESO/SUBPROCESO:

No se ha capacitado al personal de la Entidad con la nueva metodología.

No hay apropiación de los líderes de proceso de la metodología de gestión de riesgo.

No se logró culminar satisfactoriamente el contrato suscrito para fortalecer el tema de gestión de riesgos lo que conllevó a que no se implementara la metodología.

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO:

No realizar control y seguimiento permanente a los riesgos que puedan afectar el cumplimiento de los objetivos institucionales

No desarrollar una gestión integrada de riesgos, que articule cada uno de los Subsistemas del SIG y los riesgos de Corrupción

DESCRIPCIÓN DEL IMPACTO:

Incumplimiento de las responsabilidades en las políticas de Administración de Riesgos en Transmilenio S.A.

RECOMENDACIÓN(ES):

1) Hacer un seguimiento permanente a las matrices junto con los dueños de los procesos para que las mismas permanezcan actualizadas.
2) Solicitar capacitación para los dueños de los procesos para que las matrices sean actualizadas de acuerdo a lo establecido por las normas.
3) Realizar seguimiento a la actualización del Mapa de riesgos dentro del SIG.

RESPUESTA DEL AUDITADO: ACEPTADO PARCIALMENTE

La Oficina Asesora de Planeación presentó la siguiente justificación:

“El hallazgo se acepta parcialmente teniendo en cuenta las siguientes aclaraciones:

1. Respecto al ítem (a), las matrices de riesgos actuales presentan por separado la matriz de riesgos de corrupción con los riesgos de gestión por cada proceso, lo anterior obedece a que la metodología fue aprobada y formalizada hasta el 31 de diciembre de 2015, lo que ocasiona que a la fecha no se ha realizado la actualización de los riesgos de acuerdo con la nueva metodología. Es importante resaltar que la metodología establecida en el documento M-OP-002 Manual para la gestión del riesgo en Transmilenio S.A. incluye los riesgos de corrupción y está pendiente la implementación. Así mismo desde la OAP en diciembre de 2014 se adelantaron las gestiones para que los dueños de proceso actualizarán los mapas de riesgos incluidos los de corrupción teniendo en cuenta la metodología vigente en esa época, tarea que se realizó en algunos procesos, por lo que se reitera que esta responsabilidad no es solo de la OAP sino que es responsabilidad de todos los dueños de proceso.

2. Respecto al ítem (b), las solicitudes realizadas por la Profesional Universitaria Grado 4 (Subgerencia de Comunicaciones) fueron las siguientes:

   Agosto 5 de 21015:

   "Cordial Saludo:

   De acuerdo con las recomendaciones de la Oficina de Control Interno respecto al último informe del Seguimiento al Plan de Anticorrupción en cuanto a la actualización de la matriz de riesgo del subproceso de Comunicación Interna, solicito su asesoría y acompañamiento para realizar los ajustes necesarios."

   Diciembre 18 de 2015.

   "Buenos Días:

   De acuerdo con el Informe OCI-2015-032 "Una vez analizados los controles del mapa de riesgos Anticorrupción del Subproceso de Comunicación Interna, el área concluyó que estos no aplican para el desarrollo del Subproceso , y de acuerdo con el correo enviado 05-ago-15 solicito a la Oficina Asesora de Planeación realizar el ajuste de la matriz de riesgo así:

   Apoyar en la divulgación del código de ética a la Dirección Administrativa"

   En su momento se le explicó a la profesional que la OAP estaba adelantando un proceso de actualización de la metodología para la gestión de riesgo con un contratista externo y que esta incluía toda una etapa de socialización e implementación lo cual no fue posible realizar por la liquidación anticipada del contrato. Sin embargo la OAP con los insumos que contaba en su momento, a través del Comité SIG efectuado en el mes de diciembre de 2015 realizó la

formalización del documento definitivo lo que implicaba que la implementación de dicha metodología se realizaría durante la vigencia 2016.

Debido a lo anterior, la solicitud sigue vigente y se espera realizar antes de finalizar el año.”

PLAN DE MEJORAMIENTO:

ACCIÓN(ES) PROPUESTA(S)	META(S)	TIPO DE ACCIÓN	RESPONSABLE(S)		FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
			Directo	Cogestor		
Asesorar y capacitar a la alta dirección y a los líderes de los procesos en la metodología de gestión de Riesgo tal como lo establece el MANUAL TÉCNICO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI 2014 Pág. 23 Rol de la Oficina de Control Interno, Auditoría Interna o quien haga sus veces	Convocatoria del 100% de los dueños de proceso a la participación de la capacitación y la ejecución de la misma dentro del plazo fijado	Preventiva	Jefe Oficina de Control Interno		25/04/2016	20/05/2016
Una vez reciban la capacitación los líderes de proceso deben realizar la actualización de los mapas de riesgos y reportarlos a la OAP	100% Mapas de riesgos actualizados	Correctiva	Líderes de proceso	Jefe Oficina Asesora de Planeación	23/05/2016	31/12/2016
Convocar al equipo operativo SIG para que apoyen todo el proceso de implementación de la metodología de Gestión de Riesgos	Mínimo 3 reuniones con el equipo del Sistema Integrado de Gestión (SIG)	Preventiva	Jefe Oficina Asesora de Planeación	Equipo SIG	28/04/2016	31/10/2016

CONCEPTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

El plan de mejoramiento da cobertura a la causa y recomendación.

RESUMEN DE HALLAZGOS:

N°	Título de Hallazgo	Repetitivo	Estado
1	Soportes Compromisos Informes de Supervisión	NO	ABIERTO
2	Planeación de Actividades Subproceso Cultura Ciudadana y Atención en Vía	NO	ABIERTO
3	Adopción Manual del Usuario	NO	ABIERTO
4	Cumplimiento de Criterios Para la Atención de PQR'S	SI	ABIERTO
5	Acciones Resultantes de la Medición de Indicadores de Gestión	SI	ABIERTO
6	Incongruencias Flujo de Actividades Procedimiento P-SC-001 Atención de PQRS	NO	ABIERTO
7	Desactualización de la Información Publicada en la Página Web (Ley de Transparencia)	NO	ABIERTO
8	Uso de Documentación Obsoleta	SI	ABIERTO
9	Seguimiento a Compromisos Adquiridos en las Actividades de Gestión Social	NO	ABIERTO
10	Ausencia de Soporte de Ejecución de Actividades de Cumplimiento Contractual	NO	ABIERTO
11	Contenido del Mapa de Riesgos por Subprocesos	NO	ABIERTO
12	Indicadores de Gestión	SI	ABIERTO

N°	Título de Hallazgo	Repetitivo	Estado
13	Consolidación Mapa de Riesgos por Procesos y de Corrupción	NO	ABIERTO

Bogotá D.C., 29 de abril de 2016.

HÉCTOR FABIO RODRÍGUEZ DEVIA
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Herlay Hurtado Ortiz, Profesional Universitario

Óscar Pulgarin Lara, Profesional Universitario

Apoyo y Orientación Técnica: Ángela Johanna Márquez Mora, Asesora Contratista