

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| | |
|--|---|
| PROCESO: AUDITORIA DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO | DEPENDENCIA AUDITADA: Dirección General |
| FECHA: 26 de enero de 2024 | Fecha de Inicio: 24 agosto de 2023 |
| LUGAR: OFICINA DISTRISSEGURIDAD | Fecha de Finalización: 10 de diciembre de 2023 |
| TIPO DE INFORME: FINAL | AUDITORIA No. 003-2023 |

1. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA:

Verificar, a través de los procedimientos de auditoría, el cumplimiento del objetivo del proceso de Direccionamiento Estratégico de Establecer acciones y/o planes estratégicos en el marco del plan de desarrollo distrital y normatividad legal vigente, para dar cumplimiento al objeto misional de la entidad mediante la identificación, priorización, revisión y disposición de recursos para satisfacer las necesidades de las partes interesadas y procesos de la entidad.

2. ALCANCE DE LA AUDITORÍA:

La auditoría se llevará a cabo teniendo en cuenta los procedimientos internos, que son aplicados desde la identificación y el diagnóstico de las necesidades externas e internas, Planeación de rutas estratégicas (Políticas, planes y programas) que guiarán la gestión institucional, hasta la ejecución, seguimiento, control, evaluación y mejora continua de los mismos, del periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2023.

3. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:

- Ley 1474 de 2011
- Manual de Procesos y Procedimientos de DISTRISSEGURIDAD
- Manual de Funciones de DISTRISSEGURIDAD
- Plan de Acción institucional
- Informe de Revisión por la Dirección.
- Cronograma de Entrega y Supervisión - Dirección Operativa

4. RESUMEN EJECUTIVO:

La Oficina de Control Interno en ejercicio de su función evaluadora e independiente y en cumplimiento del Plan Anual de Auditoría 2023, incluyó la realización de una auditoría al proceso de Direccionamiento Estratégico, actividad que dio inicio el 24 de agosto de 2023, con la reunión de apertura de la misma, aplicando en su desarrollo las normas de auditoría generalmente aceptadas, con el fin de verificar el cumplimiento del objetivo del proceso en procura de asegurar el cumplimiento de la misión encomendada y la visión proyectada de la entidad.

De acuerdo con los objetivos y alcances definidos, el desarrollo del trabajo se abordó siguiendo la metodología y etapas que se describen a continuación:

- Identificación del proceso de Direccionamiento Estratégico, sus riesgos y controles asociados.

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

- Identificación de los procedimientos del proceso y sus controles
- Solicitud de información y entrevista al líder del proceso
- Recolección de información
- Análisis de la información

El resultado de esta auditoría se entregó en Informe Preliminar al proceso de Direccinamiento Estratégico, consolidando las observaciones y recomendaciones para la revisión y respuesta del líder del proceso.

En reunión con el líder del proceso de Direccinamiento Estratégico y su apoyo, se dio respuesta a las observaciones presentadas en el Informe Preliminar, las cuales quedan relacionadas en este informe.

Como resultado, una vez analizadas las respuestas presentadas por Direccinamiento Estratégico, se presenta el Informe Final de auditoría, dejando en firme los dieciséis (16) hallazgos, sobre los cuales se solicita generar el plan de mejoramiento correspondiente, con el fin de mitigar la causa raíz de cada hallazgo.

5. OBSERVACIONES:

En desarrollo de la auditoría, se solicitaron los documentos correspondientes a los riesgos de los procesos y puntos de control de los procedimientos señalados en el Manual de Procesos y Procedimientos de DistriSeguridad.

Tomando como base los documentos señalados se realizó la revisión correspondiente, de lo cual queda registro en las siguientes observaciones:

5.1 RIESGOS DEL PROCESO

Los riesgos asociados al proceso de Atención al Ciudadano se encuentran contemplados en los mapas de riesgos Institucional (Código MDEYP-002 Versión 1) y de Corrupción (Código MDEYO-012 Versión 1).

| MAPA | RIESGOS | CONTROLES | ACCIONES |
|--------------------------------|--|---|--|
| RIESGOS INSTITUCIONALES | Posibilidad de elaborar planes, programas, proyectos, metas y/o actividades que no apunten al cumplimiento de la misión de la entidad. | Director General convocará a mesas de trabajo interdisciplinarias e interprocesos trimestralmente para hacer seguimiento a la formulación, aplicación y seguimiento de los proyectos y planes institucionales | Convocatoria de mesas de trabajo trimestralmente - acta de reunión |

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| | | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| RIESGOS INSTITUCIONALES | Posibilidad de retraso y/o incumplimiento en la ejecución de los planes, programas y proyectos de la Entidad. | Director General convocará a mesas de trabajo interdisciplinarias e interprocesos trimestralmente para hacer seguimiento a la formulación, aplicación y seguimiento de los proyectos y planes institucionales | Convocatoria de mesas de trabajo trimestralmente - acta de reunión |
| RIESGOS DE CORRUPCIÓN | Posibilidad de la utilización de influencias derivadas del ejercicio del cargo y del ejercicio político, para obtener beneficio propio y/o de un tercero. | El Director General constituirá un equipo interdisciplinario en enero a principio de la vigencia conformado por las dependencias inmersas en los procesos y procedimientos que conllevan a en la formulación de los proyectos y planes estratégicos. | Conformación del equipo interdisciplinario, convocatoria de la reunión para la formulación de proyectos y planes estratégicos - acta de reunión |
| | | Seguimientos por medio de auditorías del área del control interno de la entidad | Informes de auditoría de control interno |
| RIESGOS DE CORRUPCIÓN | Posibilidad de abuso de autoridad debido a la utilización de información privilegiada por parte de un servidor público en provecho propio y/o de un tercero | El Director General constituirá un equipo interdisciplinario en enero a principio de la vigencia conformado por las dependencias inmersas en los procesos y procedimientos que conllevan a en la formulación de los proyectos y planes estratégicos. | Conformación del equipo interdisciplinario, convocatoria de la reunión para la formulación de proyectos y planes estratégicos - acta de reunión |
| | | Seguimientos por medio de auditorías del área del control interno de la entidad | Informes de auditoría de control interno |

5.1.1. Evaluación del diseño de estructura del riesgo

| No. | Descripción del Riesgo | Impacto (¿Qué?) | Causa Inmediata (¿Cómo?) | Causa Raíz (¿Por qué?) | Resultado de la Evaluación |
|----------|--|------------------------|--|------------------------|---|
| 1 | Posibilidad de elaborar planes, programas, proyectos, metas y/o actividades que no apunten al cumplimiento de la misión de la entidad. | SIN INFORMACIÓN | Elaborar planes, programas, proyectos, metas y/o actividades que no apunten al cumplimiento de la misión de la entidad | SIN INFORMACIÓN | Deficiencias en la estructura del riesgo de acuerdo con lo establecido por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. En este sentido el riesgo no contiene el impacto generado. |

| | | |
|--|--|--------------------------|
|  DISTRISSEGURIDAD <small>TECNOLOGÍA, PREVENCIÓN, ANTICORUPCIÓN</small> | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| | | | | | |
|----------|---|------------------------|--|---|---|
| 2 | Posibilidad de retraso y/o incumplimiento en la ejecución de los planes, programas y proyectos de la Entidad. | SIN INFORMACIÓN | Retraso y/o incumplimiento en la ejecución de los planes, programas y proyectos de la Entidad. | SIN INFORMACIÓN | Deficiencias en la estructura del riesgo de acuerdo con lo establecido por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. En este sentido no contiene el riesgo el impacto generado. |
| 3 | Posibilidad de la utilización de influencias derivadas del ejercicio del cargo y del ejercicio político, para obtener beneficio propio y/o de un tercero. | SIN INFORMACIÓN | utilización de influencias derivadas del ejercicio del cargo y del ejercicio político | para obtener beneficio propio y/o de un tercero. | Deficiencias en la estructura del riesgo de acuerdo con lo establecido por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. En este sentido no contiene el riesgo el impacto generado. |
| 4 | Posibilidad de abuso de autoridad debido a la utilización de información privilegiada por parte de un servidor público en provecho propio y/o de un tercero | SIN INFORMACIÓN | Abuso de autoridad | utilización de información privilegiada por parte de un servidor público en provecho propio y/o de un tercero | Deficiencias en la estructura del riesgo de acuerdo con lo establecido por la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas. En este sentido no contiene el riesgo el impacto generado. |

HALLAZGO No. 1

La Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 5, actualiza y precisa elementos metodológicos para mejorar el ejercicio de identificación, estructuración y valoración del riesgo. Requerida la matriz de riesgos se observan deficiencias en la estructura de los riesgos. Esto pudo obedecer a falta de conocimiento y aplicación de la guía establecida. Como consecuencia, se posibilita la materialización de los riesgos del proceso.

Respuesta Hallazgo No. 1

De acuerdo con la información consignada en el acta de fecha 28 de diciembre 2023, “... *el PUE Planeación y la Asesora Externa MIPG, informan que en la nueva actualización de las matrices de riesgo tanto de procesos como de corrupción se estructuraron los riesgos de acuerdo con la guía; la nueva matriz será sometida a aprobación por parte del Comité Institucional del Coordinación de Control Interno y a socializarlas con los diferentes líderes de los procesos.*”

De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 1 para el levantamiento de acciones de mejora”

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

5.1.2. Evaluación de la estructura del control

| No. | Riesgo | Descripción del Control | Responsable de Ejecutar el Control | Acción / Propósito (Verificar, validar, cotejar, comparar) | Como se hace / Como se ejecuta | Frecuencia | Fuente para el análisis | Acciones en caso de desviaciones | Evidencia del Control | Resultado de la Evaluación |
|-----|--|--|------------------------------------|--|---|-----------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------|--|
| 1 | Posibilidad de elaborar planes, programas, proyectos, metas y/o actividades que no apunten al cumplimiento de la misión de la entidad. | Director General convocará a mesas de trabajo interdisciplinarias e interprocesos trimestralmente para hacer seguimiento a la formulación, aplicación y seguimiento de los proyectos y planes institucionales. | Director General | Convocará a mesas de trabajo interdisciplinarias e interprocesos | Para hacer seguimiento a la formulación, aplicación y seguimiento de los proyectos y planes institucionales | trimestralmente | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | <p><u>Atributos de Eficiencia:</u> Tipo - Preventivo Implementación - Manual</p> <p><u>Atributos Informativos:</u> Documentación - Sin Información Frecuencia - trimestral Evidencia – Sin registro</p> <p>Al revisar la estructura del control se pudo evidenciar debilidades en cuanto a su diseño:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La acción, de acuerdo con la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 5, debe involucrar verbos como verificar, validar, cotejar, comparar. 2. La estructura del control no contiene los siguientes elementos: fuente para el análisis, acciones en caso de desviaciones, evidencia del control. <p>Finalmente se considera que el control no reduce o mitiga la materialización del riesgo</p> |

| | | |
|--|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| No. | Riesgo | Descripción del Control | Responsable de Ejecutar el Control | Acción / Propósito (Verificar, validar, cotejar, comparar) | Como se hace / Como se ejecuta | Frecuencia | Fuente para el análisis | Acciones en caso de desviaciones | Evidencia del Control | Resultado de la Evaluación |
|-----|---|--|------------------------------------|--|---|------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------|--|
| 2 | Posibilidad de retraso y/o incumplimiento en la ejecución de los planes, programas y proyectos de la Entidad. | Director General convocará a mesas de trabajo interdisciplinarias e interprocesos trimestralmente para hacer seguimiento a la formulación, aplicación y seguimiento de los proyectos y planes institucionales. | Director General | Convocará a mesas de trabajo interdisciplinarias e interprocesos | Para hacer seguimiento a la formulación, aplicación y seguimiento de los proyectos y planes institucionales | trimestral | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | <p><u>Atributos de Eficiencia:</u> Tipo - Preventivo Implementación – Manual</p> <p><u>Atributos Informativos:</u> Documentación – Sin Información Frecuencia – trimestral Evidencia – Sin registro</p> <p>Al revisar la estructura del control se pudo evidenciar debilidades en cuanto a su diseño: 1. La acción, de acuerdo con la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 5, debe involucrar verbos como verificar, validar, cotejar, comparar. 2. La estructura del control no contiene los siguientes elementos: fuente para el análisis, acciones en caso de desviaciones, evidencia del control.</p> <p>Finalmente se considera que el control no reduce o mitiga la materialización del riesgo</p> |

| | | |
|--|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| No. | Riesgo | Descripción del Control | Responsable de Ejecutar el Control | Acción / Propósito (Verificar, validar, cotejar, comparar) | Como se hace / Como se ejecuta | Frecuencia | Fuente para el análisis | Acciones en caso de desviaciones | Evidencia del Control | Resultado de la Evaluación |
|-----|---|--|------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------|--|
| 3 | Posibilidad de la utilización de influencias derivadas del ejercicio del cargo y del ejercicio político, para obtener beneficio propio y/o de un tercero. | <p>CONTROL No. 1</p> <p>El Director General constituirá un equipo interdisciplinario en enero a principio de la vigencia conformado por las dependencias inmersas en los procesos y procedimientos que conllevan a la formulación de los proyectos y planes estratégicos.</p> | Director General | Constituirá un equipo interdisciplinario, conformado por las dependencias inmersas en los procesos y procedimientos que conllevan a la formulación de los proyectos y planes estratégicos. | SIN INFORMACIÓN | A principio de vigencia mes de enero | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | <p><u>Atributos de Eficiencia:</u> Tipo - Preventivo Implementación – Manual</p> <p><u>Atributos Informativos:</u> Documentación – Sin Información Frecuencia – Aleatoria Evidencia - Con registro</p> <p>Al revisar la estructura del control se pudo evidenciar debilidades en cuanto a su diseño:</p> <p>La acción, de acuerdo con la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 5, debe involucrar verbos como verificar, validar, cotejar, comparar.</p> <p>La estructura del control no contiene los siguientes elementos: Como se hace, fuente para el análisis, acciones en caso de desviaciones, evidencia del control.</p> <p>Finalmente se considera que el control no reduce o mitiga la materialización del riesgo.</p> |

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| No. | Riesgo | Descripción del Control | Responsable de Ejecutar el Control | Acción / Propósito (Verificar, validar, cotejar, comparar) | Como se hace / Como se ejecuta | Frecuencia | Fuente para el análisis | Acciones en caso de desviaciones | Evidencia del Control | Resultado de la Evaluación |
|-----|---|---|------------------------------------|---|--------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------|---|
| 3 | Posibilidad de la utilización de influencias derivadas del ejercicio del cargo y del ejercicio político, para obtener beneficio propio y/o de un tercero. | CONTROL No. 2 Seguimientos por medio de auditorías del área del control interno de la entidad | Director General | Seguimientos por medio de auditorías del área del control interno de la entidad | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | <p><u>Atributos de Eficiencia:</u> Tipo - Preventivo Implementación – Manual <u>Atributos Informativos:</u> Documentación – Sin Información Frecuencia – Sin información Evidencia – Sin información</p> <p>Al revisar la estructura del control se pudo evidenciar debilidades en cuanto a su diseño:</p> <p>La acción, de acuerdo con la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 5, debe involucrar verbos como verificar, validar, cotejar, comparar.</p> <p>La estructura del control no contiene los siguientes elementos: Como se hace, frecuencia, fuente para el análisis, acciones en caso de desviaciones, evidencia del control.</p> <p>Finalmente se considera que el control no reduce o mitiga la materialización del riesgo.</p> |

| | | |
|--|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| No. | Riesgo | Descripción del Control | Responsable de Ejecutar el Control | Acción / Propósito (Verificar, validar, cotejar, comparar) | Como se hace / Como se ejecuta | Frecuencia | Fuente para el análisis | Acciones en caso de desviaciones | Evidencia del Control | Resultado de la Evaluación |
|-----|---|---|------------------------------------|---|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------|--|
| 4 | Posibilidad de abuso de autoridad debido a la utilización de información privilegiada por parte de un servidor público en provecho propio y/o de un tercero | CONTROL No. 1 El director general constituirá un equipo interdisciplinario en enero a principio de la vigencia conformado por las dependencias inmersas en los procesos y procedimientos que conllevan a la formulación de los proyectos y planes estratégicos. | Director General | Constituirá un equipo interdisciplinario conformado por las dependencias inmersas en los procesos y procedimientos que conllevan a la formulación de los proyectos y planes estratégicos. | SIN INFORMACIÓN | A principios de la vigencia - enero | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | <p><u>Atributos de Eficiencia:</u> Tipo - Preventivo Implementación – Manual <u>Atributos Informativos:</u> Documentación – Sin Información Frecuencia – Aleatoria Evidencia - Sin registro</p> <p>Al revisar la estructura del control se pudo evidenciar debilidades en cuanto a su diseño:</p> <p>La acción, de acuerdo con la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 5, debe involucrar verbos como verificar, validar, cotejar, comparar.</p> <p>La estructura del control no contiene los siguientes elementos: Como se hace, fuente para el análisis, acciones en caso de desviaciones, evidencia del control.</p> <p>Finalmente se considera que el control no reduce o mitiga la materialización del riesgo.</p> |

| | | |
|--|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| No. | Riesgo | Descripción del Control | Responsable de Ejecutar el Control | Acción / Propósito (Verificar, validar, cotejar, comparar) | Como se hace / Como se ejecuta | Frecuencia | Fuente para el análisis | Acciones en caso de desviaciones | Evidencia del Control | Resultado de la Evaluación |
|-----|---|---|------------------------------------|---|--------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------------------|------------------------|---|
| 4 | Posibilidad de abuso de autoridad debido a la utilización de información privilegiada por parte de un servidor público en provecho propio y/o de un tercero | CONTROL No. 2 Seguimientos por medio de auditorías del área del control interno de la entidad | Director General | Seguimientos por medio de auditorías del área del control interno de la entidad | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | SIN INFORMACIÓN | <p><u>Atributos de Eficiencia:</u> Tipo - Preventivo Implementación – Manual <u>Atributos Informativos:</u> Documentación – Sin Información Frecuencia – Sin información Evidencia – Sin información</p> <p>Al revisar la estructura del control se pudo evidenciar debilidades en cuanto a su diseño:</p> <p>La acción, de acuerdo con la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas VERSIÓN 5, debe involucrar verbos como verificar, validar, cotejar, comparar.</p> <p>La estructura del control no contiene los siguientes elementos: Como se hace, frecuencia, fuente para el análisis, acciones en caso de desviaciones, evidencia del control.</p> <p>Finalmente se considera que el control no reduce o mitiga la materialización del riesgo.</p> |

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  DISTRISSEGURIDAD <small>TECNOLOGÍA, PREVENCIÓN, ANTICIBERSEGURIDAD</small> | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

HALLAZGO No. 2

La Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas Versión 5, actualiza y precisa elementos metodológicos para mejorar el ejercicio de identificación, diseño, estructuración y valoración del riesgo y sus controles. Requerida la matriz de riesgos se observan debilidades en la estructura del diseño de los controles al no contar con la totalidad de los criterios establecidos para ellos. Esto pudo obedecer a falta de conocimiento y aplicación de la guía establecida. Como consecuencia se incrementa la posibilidad de materialización de los riesgos del proceso.

Respuesta Hallazgo No. 2

De acuerdo con la información consignada en el acta de fecha 28 de diciembre 2023, “... el PUE Planeación y la Asesora Externa MIPG, informan que se revisaran los controles y se diseñarán de forma que estos cumplan con los parámetros establecidos por la guía y de acuerdo con la siguiente estructura:

ESTRUCTURA DE LOS CONTROLES

| PASOS | Componente |
|--------|---|
| Paso 1 | Responsable de llevar a cabo el Control |
| Paso 2 | Periodicidad definida para su ejecución. |
| Paso 3 | Indicar cuál es el propósito del control |
| Paso 4 | Establecer el cómo se realiza la actividad de control. |
| Paso 5 | Indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones resultantes de ejecutar el control |
| Paso 6 | Evidencia de la ejecución del control |
| Paso 7 | Está en el procedimiento |
| Paso 8 | Si su respuesta es afirmativa, ¿en cuál procedimiento? |
| Paso 9 | Si su respuesta es negativa, ¿en dónde esta documentado el control? Política - Manual - Guía |

De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 2 para el levantamiento de acciones de mejora”.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

5.1.3. Evaluación de la ejecución del control

Sobre el cumplimiento de los controles contemplados en la matriz de riesgos institucionales se puede observar, respecto a cada uno de ellos, lo siguiente:

- **RIESGO 1. Posibilidad de elaborar planes, programas, proyectos, metas y/o actividades que no apunten al cumplimiento de la misión de la entidad**

Control. Director General convocará a mesas de trabajo interdisciplinarias e interprocesos trimestralmente para hacer seguimiento a la formulación, aplicación y seguimiento de los proyectos y planes institucionales.

Resultado del análisis.

Solicitada la evidencia del control, se presentan, por parte del proceso auditado, los siguientes documentos:

- Acta de reunión que da cuenta del *Seguimiento a los procesos institucionales y proyectos misionales de Distriseguridad*, de fecha 23 de agosto de 2023.
- Acta *Revisión de proyectos Misionales – oficina operativa*, de fecha 23 de marzo de 2023
- Acta de reunión cuyo objetivo es *Revisar los procesos de contratación de la entidad*, de fecha 29 de mayo de 2023.
- Acta de reunión cuyo objetivo es *Realizar seguimiento procesos P.A.A., P.O. y A.J. – vigencia fiscal 2023*, de fecha 19 de julio de 2023.
- Memorandos 1031, 1024 y 1033 mediante el cual se solicita a los diferentes líderes de proceso adelantar los procesos contractuales pendientes por ejecutar en la vigencia 2023

De acuerdo con los resultados obtenidos, se considera que el control se ha cumplido.

- **RIESGO 2. Posibilidad de retraso y/o incumplimiento en la ejecución de los planes, programas y proyectos de la Entidad**

Control. Director General convocará a mesas de trabajo interdisciplinarias e interprocesos trimestralmente para hacer seguimiento a la formulación, aplicación y seguimiento de los proyectos y planes institucionales.

Resultado del análisis. Solicitada la evidencia del control, se presentan, por parte del proceso auditado, los siguientes documentos:

- Acta de reunión que da cuenta del *Seguimiento a los procesos institucionales y proyectos misionales de Distriseguridad*, de fecha 23 de agosto de 2023.
- Acta *Revisión de proyectos Misionales – oficina operativa*, de fecha 23 de marzo de 2023
- Acta de reunión cuyo objetivo es *Revisar los procesos de contratación de la entidad*, de fecha 29 de mayo de 2023.
- Acta de reunión cuyo objetivo es *Realizar seguimiento procesos P.A.A., P.O. y A.J. – vigencia fiscal 2023*, de fecha 19 de julio de 2023.
- Memorandos 1031, 1024 y 1033 mediante el cual se solicita a los diferentes líderes de proceso adelantar los procesos contractuales pendientes por ejecutar en la vigencia 2023

| | | |
|--|--|--------------------------|
|  DISTRISSEGURIDAD <small>TECNOLOGÍA, PREVENCIÓN, ANTICORUPCIÓN</small> | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

De acuerdo con los resultados obtenidos, se considera que el control se ha cumplido.

- **RIESGO 3.** Posibilidad de la utilización de influencias derivadas del ejercicio del cargo y del ejercicio político, para obtener beneficio propio y/o de un tercero.

Control No. 1 El Director General constituirá un equipo interdisciplinario en enero a principio de la vigencia conformado por las dependencias inmersas en los procesos y procedimientos que conllevan a la formulación de los proyectos y planes estratégicos.

Resultado del análisis. Solicitada la evidencia de la aplicación del control, no se suministran documentos que evidencien la constitución, a principio de la vigencia, de un equipo interdisciplinario conformado por las dependencias inmersas en los procesos y procedimientos que conllevan a la formulación de los proyectos y planes estratégicos

De acuerdo con los resultados obtenidos se considera que el control no se ha cumplido.

Control No. 2 Seguimientos por medio de auditorías del área del control interno de la entidad

Resultado del análisis. No se evidencia la solicitud de auditorías a la Oficina de Control Interno por parte del proceso auditado.

Actualmente, se desarrolla una auditoría al proceso de Direccionamiento Estratégico que se desprende del Plan Anual de Auditorías aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, que en ningún momento se direcciona a cumplir un control de la matriz de riesgos del proceso.

De acuerdo con los resultados obtenidos se considera que el control no se ha cumplido.

- **RIESGO No. 4** Posibilidad de abuso de autoridad debido a la utilización de información privilegiada por parte de un servidor público en provecho propio y/o de un tercero

Control No. 1 El director general constituirá un equipo interdisciplinario en enero a principio de la vigencia conformado por las dependencias inmersas en los procesos y procedimientos que conllevan a la formulación de los proyectos y planes estratégicos

Resultado del análisis. Solicitada la evidencia de la aplicación del control, no se suministran documentos que evidencien la constitución, a principio de la vigencia, de un equipo interdisciplinario conformado por las dependencias inmersas en los procesos y procedimientos que conllevan a la formulación de los proyectos y planes estratégicos

De acuerdo con los resultados obtenidos se considera que el control no se ha cumplido.

Control No. 2 Seguimientos por medio de auditorías del área del control interno de la entidad

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

Resultado del análisis. No se evidencia la solicitud de auditorías a la Oficina de Control Interno por parte del proceso auditado.

Actualmente, se desarrolla una auditoría al proceso de Direccionamiento Estratégico que se desprende del Plan Anual de Auditorías aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, que en ningún momento se direcciona a cumplir un control de la matriz de riesgos del proceso.

De acuerdo con los resultados obtenidos se considera que el control no se ha cumplido.

HALLAZGO No. 3

Los mapas de riesgos Institucional (código MDEYP-002 Versión 1) y de Corrupción (código MDEYO-012 versión 1), presentan unos controles que pretenden mitigar la posibilidad de ocurrencia. Requeridas las evidencias de los controles realizados no se recibe información de los controles establecidos a los riesgos de corrupción. Esto pudo obedecer a debilidades en la programación y planeación de las actividades del proceso. Como consecuencia, se incrementa la posibilidad de materialización de los riesgos definidos en la matriz.

Respuesta Hallazgo No. 3

Según lo consignado en el acta de fecha 28 de diciembre 2023: *“De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 3 para el levantamiento de acciones de mejora”.*

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

5.2 PROCEDIMIENTOS

Se procede, por parte de esta auditoría, a revisar el desarrollo de los procedimientos y los puntos de control establecidos en el Manual de Procesos y Procedimientos Generales de Distriseguridad, versión 2.0 de agosto de 2023, de acuerdo con las actividades planteadas.

5.2.1. Formulación y consolidación de planes estratégicos institucionales

| | | |
|---|--------------------------|---------------------|
| PROCEDIMIENTO: Formulación y consolidación de | CODIGO: PDEYP-001 | VERSIÓN: 1.0 |
|---|--------------------------|---------------------|



INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: FCT - 012

VERSIÓN: 1.0

FECHA: 05/03/2018

| planes estratégicos institucionales | | SOPORTE LEGAL: Decreto 1499 de 2017 |
|---|--|--|
| ACTIVIDAD | PUNTOS DE CONTROL | ANOTACIONES |
| 1. Definir lineamientos generales para la Planeación Estratégica | Acta de reunión de la Dirección general con los funcionarios líderes de los procesos misionales y gerenciales. | No se evidencia su cumplimiento |
| 2. Comunicar a las dependencias respectivas de la formulación de los Planes y Políticas Institucionales. | Expedir MEMORANDO los cinco primeros días de cada año, notificando la fecha de entrega de los planes y políticas institucionales. | Se hace entrega del memorando No. 0055 del 12 de enero de 2023, mediante el cual se solicita la actualización de los planes institucionales vigencia 2023. |
| 3. Formulación de Planes y Políticas Institucionales en concordancia con lineamientos de la directora General y del Manual del modelo Institucional de Planeación y gestión. | Entrega de Planes y Políticas institucionales al PUE planeación los siete días hábiles anteriores al 31 de enero de cada año. | Mediante memorando 074 de enero 18 de 2023 se convoca el Comité de Gestión y Desempeño Institucional con el propósito de socializar y aprobar los planes institucionales. |
| 4. Convocatoria para Socialización y aprobación de Planes y Políticas Institucionales por parte del Comité Institucional de Planeación y gestión MIPG. Si requiere ajustes: Los líderes de procesos harán los ajustes necesarios a los Planes y Políticas Institucionales y los envían en medio magnético a la oficina de Planeación un día hábil después de la socialización. Si no requiere ajuste: se procede al paso número 5. | A los siete días hábiles anteriores al 31 de enero de cada año se debe convocar la reunión para genera acta de socialización y aprobación de planes y políticas. | Se presenta acta denominada Comité MIPG, la cual contiene información sobre la socialización y aprobación de planes institucionales 2023. Este documento se encuentra fechado 23 de enero de 2023. De igual forma, se presenta acta con fecha 26 de enero de 2023, que indica la continuación del Comité MIPG para la socialización y aprobación de los planes institucionales vigencia 2023. |
| 5. Elaborar el Plan de Acción Institucional Integral – PAII , el cual es la consolidación de todos los Planes Institucionales. | Plan de acción Institucional Integral – PAII firmado por el Director General | Se evidencia el Plan de Acción Institucional Integral, el cual contiene los planes contemplados en el Artículo 1 del Decreto 612 2018 |
| 6. Publicar en la página Web los planes y políticas institucionales a más tardar 31 de enero de la vigencia. Si los grupos de valor hacen observaciones: se procede a analizar las observaciones y si se requiere se hace el ajuste respectivo. Si los grupos de valor no hacen observaciones: Se procede al paso 7 | Publicación página Web de Planes y políticas institucionales | No se evidencia la publicación en la página web de la entidad. No obstante, señala la asesora de MIPG que los planes han sido publicados en diferentes oportunidades y por alguna falla de la plataforma de la página se borran. |
| 7. Ejecución de los cronogramas de los Planes y políticas institucionales. | Ejecución de cronogramas de Planes y Políticas institucionales | Implícitamente, en el seguimiento y evaluación de los planes y políticas institucionales se evidencia la ejecución de estos. |
| 8. Seguimiento y evaluación de la ejecución de Planes y Políticas Institucionales | Recomendaciones | Se observa que, por parte de la Oficina de Control Interno, se realiza el seguimiento a la ejecución de los planes institucionales. |

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

Se recomienda la presentación de la totalidad de las evidencias del cumplimiento de las actividades establecidas en el procedimiento.

5.2.2. Planeación presupuestal

| | | |
|---|---|---|
| PROCEDIMIENTO: Planeación presupuestal | CODIGO: PDEYP-002 | VERSIÓN: 1.0 |
| | SOPORTE LEGAL: Decreto 1499 de 2017 | |
| ACTIVIDAD | PUNTOS DE CONTROL | ANOTACIONES |
| 1. Convocar a reunión para definir los lineamientos y la elaboración del proyecto de presupuesto, requiriendo las necesidades de las diferentes áreas. | Convocatoria y Acta de reunión. | No se presenta evidencia del cumplimiento de este punto |
| 2. Consolidación de una proyección con necesidades como presupuesto de ingresos y gastos. | Proyecto de Presupuesto elaborado | Se evidencia la presentación de los Anexos 1A y 2B, denominados Gastos Descentralizados 2024 e Ingresos Actualizados 2024, respectivamente. No se evidencia el cumplimiento de este punto para lo que corresponde a la vigencia 2023. |
| 3. Envío de Proyecto de Presupuesto a la Secretaría de Hacienda Distrital. Si la Secretaría de hacienda aprueba se pasa al punto 4. De lo contrario se revisa y se ajusta teniendo en cuenta las observaciones realizadas por esta secretaría. | Proyecto de presupuesto aprobado e incluido en el proyecto de acuerdo. | Se presenta el documento <i>PROYECTO DE ACUERDO "POR EL CUAL SE ESTABLECE EL PRESUPUESTO DE RENTAS, RECURSOS DE CAPITAL, RECURSOS DE FONDOS ESPECIALES Y ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS, ASÍ COMO LOS GASTOS DE FUNCIONAMIENTO, SERVICIO DE LA DEUDA E INVERSIONES PARA LA VIGENCIA FISCAL DEL PRIMERO DE ENERO AL TREINTA Y UNO DE DICIEMBRE DE DOS MIL VEINTICUATRO."</i> No se evidencia el cumplimiento de este punto para lo que corresponde a la vigencia 2023. |
| 4. Presentación del Presupuesto al Concejo Distrital. | Acuerdo de presupuesto | No se presenta evidencia del cumplimiento de este punto |
| 5. Sanción del Acuerdo de Presupuesto | Decreto de sanción presupuesto. | No se presenta evidencia del cumplimiento de este punto |
| 6. Presentación presupuesto a la Junta Directiva de DistriSeguridad para socialización y aprobación. | Acta de reunión Junta Directiva para la socialización y aprobación del presupuesto. | Se presenta el documento <i>ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA DS 001 de 2023 "por el cual se aprueba el presupuesto de ingresos y Gastos de Funcionamiento e Inversión de DistriSeguridad para la vigencia fiscal de 2023..."</i> |
| 7. Cierre Presupuesto vigencia Anterior | Resolución de cierre Presupuestal Expedida. | No se presenta evidencia del cumplimiento de este punto |

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 8. Formalizar acto administrativo de aprobación y liquidación del presupuesto para abrir presupuesto. | Acto administrativo expedido | Se presenta la Resolución 121 - 2022 "Por el cual se liquida el Presupuesto de Rentas y Gastos de Distriseguridad para la Vigencia Fiscal comprendida entre el primero (1º) de enero al treinta y uno (31) de Diciembre del año Dos Mil Veintitrés (2023) y se dictan otras disposiciones." |
| 9. Registrar el presupuesto aprobado en el Software contable. | Registro en el aplicativo | Se evidencia la presentación del documento "PRESUPEUSTO INICIAL DE GASTOS" de fecha 1/2/2023 y "PRESUPUESTO INICAL DE INGRESOS VIGENCIA 1RO DE ENERO A 31 DE DICMEBRE DE 2023" |

HALLAZGO No. 4

El procedimiento *Planeación Presupuestal* no cumple con seis (6) de sus nueve (9) actividades, a saber: a) Convocar a reunión para definir los lineamientos y la elaboración del proyecto de presupuesto, requiriendo las necesidades de las diferentes áreas, b) Consolidación de una proyección con necesidades como presupuesto de ingresos y gastos, c) Envío de proyecto de presupuesto a la Secretaría de Hacienda Distrital. Si la Secretaría de hacienda aprueba se pasa al punto 4. De lo contrario se revisa y se ajusta teniendo en cuenta las observaciones realizadas por esta secretaría, d) Presentación del presupuesto al Concejo Distrital, e) Sanción del acuerdo de presupuesto, f) Cierre presupuesto vigencia anterior. Lo anterior, en razón a que requeridos los puntos de control no fueron presentados. Posiblemente obedece a debilidades en la programación y ejecución de las actividades. Como consecuencia, se podría afectar el cumplimiento de los objetivos del proceso.

Respuesta Hallazgo No. 4

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que "... *el PUE Planeación y la Asesora Externa MIPG, informan que por error en la interpretación no se adjuntaron las evidencias correspondientes a la vigencia auditada, por lo que procederán a enviar los documentos correspondientes para dar respuesta a esta observación.*

De acuerdo con lo revisado, no se acepta el hallazgo 4. La oficina de control interno solicita dar respuesta en las próximas 48 horas, de lo contrario la observación quedará en firme".

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que se cumplió el plazo de 48 horas para presentar las evidencias correspondientes para desvirtuar el hallazgo, sin que fueran entregadas a la oficina de Control Interno, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  DISTRISSEGURIDAD <small>TECNOLOGÍA, PREVENCIÓN, ANTICIBERSEGURIDAD</small> | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

5.2.3. Informe de Revisión por la Dirección

| | | |
|--|---|--|
| PROCEDIMIENTO: Informe de Revisión por la Dirección | CODIGO: PDEYP-003 | VERSIÓN: 1.0 |
| | SOPORTE LEGAL: ISO 9001:2015, Decreto 1499 de 2017 | |
| ACTIVIDAD | PUNTOS DE CONTROL | ANOTACIONES |
| 1. Programar y planear la revisión por la dirección una vez al año. Cuando se presenten situaciones que puedan afectar el desempeño del Sistema Integrado de Gestión, se deben programar revisiones extraordinarias. | Cronograma de Direccionamiento Estratégico y Planeación | Se presenta el documento <i>Cronograma de Direccionamiento Estratégico y Planeación 2023</i> |
| 2. Solicitar la información a los responsables relacionados con los temas relacionados. | Solicitud de información | Se evidencian memorandos: 0125 solicitud revisión matrices de riesgos 0529 Seguimiento planes institucionales 1005 Seguimiento a planes institucionales 1006 Solicitud indicadores de gestión 1556 Seguimiento planes institucionales |
| 3. Revisar y analizar la información. | Convocatoria a reunión | Se evidencia documento en power point denominado Reunión Comité de Gestión del Desempeño MIPG - 8 de septiembre de 2023. |
| 4. Convocar el comité de Gestión - calidad para el análisis de la información y toma de decisiones | Acta de reunión | No se evidencia el cumplimiento de este punto de control |
| 5. Elaboración del Informe de revisión por la Dirección | Informe de Revisión por la Dirección | Se presentan dos (2) Informes de Revisión por la Dirección Código: FDEYP - 005, Versión: 1.0. Documentos fechados marzo y julio de 2023 |
| 6. Establecer Plan de mejoramiento | Plan de Mejoramiento del SIG y por procesos | No hay evidencia de la presentación de plan de mejoramiento |
| 7. Ejecutar el plan de mejoramiento del SIG | Evidencias de ejecución del plan de mejoramiento | No hay evidencia de la presentación de plan de mejoramiento |
| 8. Seguimiento y control a la Ejecución | Observaciones | No hay evidencia de la presentación de plan de mejoramiento |

HALLAZGO No. 5

No se cumple con la Condición General No. 2 del procedimiento *Informe de Revisión por la Dirección*, al no contar con la totalidad de la información necesaria para realizar la evaluación, a saber: a) Resultados de auditoría, b) Retroalimentación del cliente, c) Estado de las acciones correctivas y preventivas, d) Acciones de seguimiento de revisiones previas efectuadas por la dirección, e) Cambios que podrían afectar al Sistema Integrado de Gestión, f) Resultados de la gestión realizada sobre los riesgos identificados para la entidad, los cuales deben estar actualizados. Esto puede obedecer a falta de control en las actividades del procedimiento. Como consecuencia se desconoce el estado de los procesos.

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  DISTRISSEGURIDAD <small>TECNOLOGÍA, PREVENCIÓN, ANTICIBERSEGURIDAD</small> | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

Respuesta Hallazgo No. 5

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que *“De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 5 para el levantamiento de acciones de mejora”*.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

HALLAZGO No. 6

No se cumple con la Condición General No. 1 del procedimiento *Informe de Revisión por la Dirección*, de realizar la evaluación y análisis del sistema la Alta Dirección, como líder estratégico del proceso. Esto se puede generar por falta de control en las actividades del proceso. Como consecuencia se pueden presentar fallas en la gestión de la dirección.

Respuesta Hallazgo No. 6

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que *“De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 6 para el levantamiento de acciones de mejora”*.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

Recomendación

Desarrollar una actualización de los procedimientos del proceso de Direccionamiento Estratégico, en concordancia con el Modelo Integrado de Gestión, que se desprende de la integración que se dio a los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno.

5.2.4. Para la Administración del Riesgo

| | | |
|---|--|---------------------|
| PROCEDIMIENTO: Para la administración del riesgo | CODIGO: PDEYP-002 | VERSIÓN: 1.0 |
| | SOPORTE LEGAL: Decreto 1499 de 2017 | |



INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: FCT - 012

VERSIÓN: 1.0

FECHA: 05/03/2018

| ACTIVIDAD | PUNTOS DE CONTROL | ANOTACIONES |
|--|--|--|
| 1. Planificar los mecanismos y herramientas de administración de los riesgos. | Política de Administración del Riesgo | Se evidencia el documento denominado Política Institucional de Administración del Riesgo, Código: PIDEYP - 001, Versión: 1.0. de 2021. No obstante, no presenta actualizaciones acordes con los nuevos lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Ejemplo: lineamientos para el análisis de riesgos fiscales. |
| 2. Establecer Contexto Interno y externo de cada uno de los procesos | Contexto interno y externo establecido | Presentes en los documentos <i>Caracterización del Proceso</i> , Código CGI-001, versión 2.0 |
| 3. Identificar y clasificar los riesgos | Riesgos clasificados | Se evidencia el diligenciamiento del formato que desarrolla el esquema con los contenidos metodológicos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles V5. Documento denominado Matriz de Riesgos de DistriSeguridad, Código: MDEYP - 002, versión 1.0 |
| 4. Analizar los riesgos identificados | Riesgos identificados | Se evidencia el diligenciamiento del formato que desarrolla el esquema con los contenidos metodológicos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles V5. Documento denominado Matriz de Riesgos de DistriSeguridad, Código: MDEYP - 002, versión 1.0 |
| 5. Evaluar los riesgos | Riesgos evaluados | Se evidencia el diligenciamiento del formato que desarrolla el esquema con los contenidos metodológicos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles V5. Documento denominado Matriz de Riesgos de DistriSeguridad, Código: MDEYP - 002, versión 1.0 |
| 6. Dar tratamiento a los riesgos | Riesgos tratados | Se evidencia el diligenciamiento del formato que desarrolla el esquema con los contenidos metodológicos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles V5. Documento denominado Matriz de Riesgos de DistriSeguridad, Código: MDEYP - 002, versión 1.0 |
| 7. Elaborar Matrices de Riesgo de cada proceso | Matrices de riesgos por proceso | Se evidencia el diligenciamiento del formato que desarrolla el esquema con los contenidos metodológicos de la Guía para la Administración del Riesgo y el diseño de controles V5. Documento denominado Matriz de Riesgos de DistriSeguridad, Código: MDEYP - 002, versión 1.0 |
| 8. Enviar matrices de procesos a Oficina de planeación para la consolidación del mapa de riesgos institucional | Mapa de Riesgos Institucional | Se evidencia el diligenciamiento del formato que desarrolla el esquema con los contenidos metodológicos de la Guía para la Administración del Mapa d y el diseño de controles V5. Documento denominado Matriz de Riesgos de DistriSeguridad, Código: MDEYP - 002, versión 1.0 |
| 9. Socializar mapa de riesgo institucional ante comité MIPG | Acta de reunión | Se evidencia el diligenciamiento del formato que desarrolla el esquema con los contenidos metodológicos de la Guía para la Administración del Acta d y el diseño de controles V5. Documento denominado Matriz de Riesgos de DistriSeguridad, Código: MDEYP - 002, versión 1.0 |
| 10. Realizar monitoreo a mapas de riesgos por proceso | Mapa de Riesgos actualizados | Se presenta el documento denominado <i>MAPA DE RIESGOS INSTITUCIONAL DISTRISSEGURIDAD 2023</i> , Código: MDEYP - 002, versión: 2.0 de fecha: 29/08/2023 |
| 11. Realizar análisis de los controles y generar recomendaciones | Informes de Auditoría Actas de Comité de Gestión Integral | NO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO |

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

HALLAZGO No. 7

No se presenta evidencia de lo establecido en la Política Institucional de Administración del Riesgo de Distriseguridad de evaluar y/o actualizar, de manera trimestral, los eventos externos e internos que pueden afectar o impedir el cumplimiento de sus objetivos estratégicos o de los procesos. Esto puede obedecer a falta de planeación y control de las actividades del proceso. Como consecuencia, no se pueden adelantar las acciones para asegurar a Distriseguridad contra los efectos ocasionados en el evento de la materialización de riesgos.

Respuesta Hallazgo No. 7

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que *“... el PUE Planeación y la Asesora Externa de MIPG, que se procederá actualizar la Política Institucional de Gestión del Riesgo, toda vez que esta actividad debería realizar anualmente o cada vez que se produzca un cambio.*

De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 7 para el levantamiento de acciones de mejora”.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

HALLAZGO No. 8

La Política institucional de Administración del Riesgo de Distriseguridad no contiene los lineamientos establecidos en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas, versión 6, que incluye el capítulo específico sobre riesgo fiscal, que se complementa con el Anexo denominado catalogo indicativo de puntos de riesgo fiscal para facilitar el análisis en el marco del modelo de operación por procesos. Esto puede obedecer a desactualización del proceso y/o falta de control de las actividades del proceso. Como consecuencia se incumple con lo establecido en el Artículo 2.2.21.5.5. del Decreto 1083 de 2015.

Respuesta Hallazgo No. 8

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que *“De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 8 para el levantamiento de acciones de mejora”.*

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

HALLAZGO No. 9

No se cumple con la Responsabilidad en la Gestión del Riesgo (establecida en la Política institucional de Administración del Riesgo de Distriseguridad) de presentar al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno – CICCI – la Política Institucional de Administración del Riesgo. Esto puede ocurrir por falta de control en las actividades del proceso. Como consecuencia se generan debilidades en la administración de riesgos de la entidad.

Respuesta Hallazgo No. 9

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que “*De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 9 para el levantamiento de acciones de mejora*”.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

RECOMENDACIONES

- Generar las matrices de riesgos de gestión y de corrupción para el proceso de Talento Humano.
- Revisar la información contenida en la matriz del proceso de Gestión Contractual, toda vez que el documento remitido a auditoría corresponde al proceso de Entrega y Supervisión.
- Efectuar una revisión de los análisis realizados para desarrollar las matrices de riesgos, de forma que se dé cabal acatamiento a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en la Guía de Administración del Riesgo, versión 6.

5.2.5. Diseño y Administración del Sistema Integrado de Gestión -SIG

| | | |
|--|--|---------------------|
| PROCEDIMIENTO: Diseño y administración del Sistema Integrado de Gestión – SIG | CODIGO: PDEYP-005 | VERSIÓN: 1.0 |
| | SOPORTE LEGAL: ISO 9001:2015, Decreto 1499 de 2017, ISO 27001:2013, ISO 14001:2015, ISO 31000:2018 y ISO 18001:2015 | |
| ACTIVIDAD | PUNTOS DE CONTROL | ANOTACIONES |

| | | |
|--|--|--------------------------|
|  DISTRISSEGURIDAD <small>TECNOLOGÍA, PREVENCIÓN, ANTICORUPCIÓN</small> | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| | | |
|--|--|---|
| 1. Identificar los requisitos de norma o legales para implementar el SIG | Matriz de diagnóstico del SIG y Control de cambios que afectan al SIG | No se evidencia la presentación de la matriz de diagnóstico del SIG y control de cambios que afectan al SIG |
| 2. Evaluar el avance del Plan de Implementación del año pasado | | No se tiene un punto de control para esta actividad. No se presentan documentos que evidencien el cumplimiento de esta actividad. |
| 3. Coordinar reunión con la dependencia líder de cada proceso y definir las actividades que se deben incluir en el Plan de Implementación del SIG | Acta de reunión | No se presenta acta de reunión. No se evidencia cumplimiento de este punto de control |
| 4. Construir el Plan de Implementación del SIG y comunicarlo a todos los procesos. Si hay observaciones: Se procede a hacer ajustes requeridos. Si No hay observaciones: Se procede con el paso 5. | Plan de Implementación del SIG, envió a correos electrónicos de funcionarios y publicación en página Web | Se evidencia la presentación del PLAN DE TRABAJO DE IMPLEMENTACION DE MIPG 2023. No se observa evidencia de comunicación a los diferentes procesos. |
| 5. Brindar asesoría y acompañamiento a los procesos para la implementación de las actividades del Plan de Implementación. | Actas de reunión | Se evidencia la presentación de actas del Comité MIPG del 26/01/82023 y 08/09/2023 |
| 6. Desarrollar las actividades definidas en el Plan de Implementación del Sistema Integrado de Gestión | Evidencias de la ejecución del plan de mejoramiento en los procesos pertinentes | No se adjuntan evidencias del cumplimiento del punto de control |
| 7. Realizar seguimiento continuo a los avances de implementación del Sistema Integrado de Gestión y reportarlo a la Dirección General. | Informe de seguimiento | Se evidencia seguimiento en el documento <i>Informe Revisión por la Dirección</i> de julio 2023, donde se desarrolla: Autodiagnósticos. Seguimiento planes de mejoramiento, seguimiento planes institucionales, actualizaciones matrices de riesgo institucional y de corrupción. De igual manera, se reporta el avance en el mismo documento Plan de Trabajo de Implementación de MIPG, donde se establece el porcentaje alcanzado. |

HALLAZGO No. 10

El procedimiento *Diseño y Administración del Sistema Integrado de Gestión – SIG* no cumple con cuatro (4) de sus siete (7) actividades, a saber: a) Identificar los requisitos de norma o legales para implementar el SIG, b) Evaluar el avance del Plan de Implementación del año pasado, c) Coordinar reunión con la dependencia líder de cada proceso y definir las

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  DISTRISSEGURIDAD <small>TECNOLOGÍA, PREVENCIÓN, ANTICIBERSEGURIDAD</small> | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

actividades que se deben incluir en el Plan de Implementación del SIG, d) Desarrollar las actividades definidas en el Plan de Implementación del Sistema Integrado de Gestión. Lo anterior, en razón a que requeridos los puntos de control no fueron presentados. Posiblemente obedece a debilidades en la programación y ejecución de las actividades. Como consecuencia, se podría afectar el cumplimiento de los objetivos del proceso.

Respuesta Hallazgo No. 10

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que “...En este punto informan el PUE Planeación y la Asesora Externa de MIPG, que se debe revisar el procedimiento y adaptar a la operación del MIPG.

De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 10 para el levantamiento de acciones de mejora”.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento.

5.2.6. Control de Registro y Documentos

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| PROCEDIMIENTO: Control de Registros y Documentos | CODIGO: PDEYP-006 | VERSIÓN: 1.0 |
| | SOPORTE LEGAL: ISO 9001:2015 | |
| ACTIVIDAD | PUNTOS DE CONTROL | ANOTACIONES |
| 1. Asignación de Nuevos Registros: Tras el estudio de la necesidad de cualquiera de los procesos del sistema integrado de Gestión (SIG), y por consenso de su líder, es posible que se plantee la necesidad de incorporar un nuevo registro cuando se necesite evidenciar los resultados de alguna de las actividades del proceso o el cumplimiento de algún requisito. | | No hay evidencias de cumplimiento del punto de control |
| 2. Elaboración del Formato del Registro | Formato de registro elaborado | No hay evidencias de cumplimiento del punto de control |



INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: FCT - 012

VERSIÓN: 1.0

FECHA: 05/03/2018

| | | |
|---|---|--|
| <p>3. Petición al Proceso de Direccionamiento Estratégico y Planeación el código, versión y fecha del registro a crear.</p> <p>El Administrador del SIG escogerá un código de identificación para cada uno de los nuevos registros creados. El formato de dicho código será: REGISTRO - (siglas del tipo de documento más siglas del proceso) - (Núm. del registro dentro del proceso).</p> | <p>Código, versión y fecha del registro - Listado Maestro de Documentos.</p> | <p>No hay evidencias de cumplimiento del punto de control</p> |
| <p>4. Diligenciamiento del Formato de solicitud de elaboración, actualización o anulación de documentos.</p> | <p>Solicitud diligenciada y firmada por el Líder del proceso, Coordinador del SIG y por el Director General</p> | <p>Se evidencia la solicitud de actualización de las caracterizaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestión contractual Gestión Financiera Gestión Infraestructura Atención al Ciudadano Control, Seguimiento y Evaluación Direccionamiento Estratégico Entrega y Supervisión Gestión de Proyectos Gestión TIC Defensa Jurídica Gestión Documental |
| <p>5. Envío al proceso de Direccionamiento estratégico y planeación la solicitud y formatos en físico para su administración, publicación en la Web y archivo.</p> | <p>Registro Controlado, publicado en la Web y archivado.</p> | <p>No hay evidencias de cumplimiento del punto de control</p> |
| <p>6. Socialización del registro al personal pertinente.</p> | <p>Acta de reunión de socialización y/o envió por correo institucional a funcionarios</p> | <p>No hay evidencias de cumplimiento del punto de control</p> |



INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: FCT - 012

VERSIÓN: 1.0

FECHA: 05/03/2018

| | | |
|---|---|---|
| <p>7. Control del Registro: El responsable de la administración del SIG realizara control de los registros por medio del listado maestro de registros y listado maestro de documentos. Estos listados le permiten inspeccionar periódicamente la correcta gestión de cada uno de ellos</p> | <p>Listado maestro de registros y Listado maestro de documentos</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ No se evidencia la existencia del documento Listado Maestro de Registros ➤ Se hace entrega a esta auditoría del documento Listado Maestro de documentos. Sin embargo se debe señalar que este listado contiene documentos que tienen como fecha de emisión primera vez el año 2023, sin que se haya presentado trazabilidad para la adopción de estos. Entre otros se hallan: <ul style="list-style-type: none"> FDEYP-001 Plan de Acción FGP-005 Encuesta de satisfacción de planes, programas y proyectos FEYS-006 Caracterización Grupos de Valor PATC-002 Política de tratamiento y protección de datos personales de DistriSeguridad FGC-001 Lista de chequeo supervisores de contrato PIDEYP-001 Política de compras públicas FGC-003 Acta de liquidación ➤ Se evidencia que no se encuentra actualizado el listado maestro de documentos. No hay versión, estado del documento, fecha de emisión ni fecha de vigencia en los siguientes documentos: PGF-001, PGF-002, PGF-003, PGF-004, PGF.005, PGF-006, PGF-007, PGF-008, PGF-009, PGF-010, PGF-011, FGF-001, FGF-002, FGF-003, FGF-004, FGF-005, FGF-006, FGF-007, FGF-008, FGF-009, FGF-010, FGF-011, FGF-012, FGF-013. ➤ Se observa inconsistencia en la versión del Manual de Procesos y Procedimientos, que señala en el listado maestro de documentos la versión 5.0 de 2021, en la página principal del manual versión 1.0 de 2021 y en las hojas internas del manual señala versión 2.0 de agosto de 2023 |
| <p>8. Cumplimiento del registro: El líder del proceso pertinente será el responsable de dar cumplimiento al registro, todos los campos del formato de un registro deben ser diligenciados, con excepción de aquellos campos que no procedan. En caso de observar que alguno de estos campos no sea de utilidad o supongan un esfuerzo considerable, se debe informar al responsable del Sistema Integrado de Gestión de los cambios que se va a realizar para una actualización del mismo. Mientras el registro esté aprobado, será el vigente y deberá diligenciarse completamente. Para la actualización debe hacer el mismo procedimiento.</p> | <p>Registro debidamente diligenciado</p> | <p>Sin evidencias, por ser del resorte exclusivo de cada líder del proceso pertinente.</p> |

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| | | |
|--|----------------------|-----------------------|
| <p>9. Análisis del registro: El responsable del SIG en su defecto, se encargará, antes de la revisión anual del sistema o antes de una revisión extraordinaria relativa al proceso en cuestión, de analizar los registros creados y utilizados por el proceso e informara al proceso de aquellos registros que no se están utilizando con el fin dar conocimiento al líder y saber los lineamientos sobre el registro para estudiar la conveniencia o no de aplicar acciones correctivas o de mejora, con el propósito de mantener un sistema vigente y actualizado.</p> | <p>Observaciones</p> | <p>Sin evidencias</p> |
|--|----------------------|-----------------------|

HALLAZGO No. 11

No se cumple con lo establecido en el Manual de Procesos y Procedimientos Generales Distriseguridad, versión 2.0 de agosto de 2023, procedimiento *Control de Registros y Documentos*, toda vez que no se aportaron evidencias suficientes de su ejecución. Esto puede obedecer a la falta de control por parte del proceso. Como consecuencia se pueden afectar los objetivos del proceso.

Respuesta Hallazgo No. 11

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que “*De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 11 para el levantamiento de acciones de mejora*”.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento correspondiente.

HALLAZGO No. 12

No se cumple con la Condición General del procedimiento de *Control de Registros y Documentos* de actualizar el listado maestro de documentos, toda vez que se evidencia que no hay versión, estado del documento, fecha de emisión ni fecha de vigencia en los siguientes documentos: PGF-001, PGF-002, PGF-003, PGF-004, PGF.005, PGF-006, PGF-007, PGF-008, PGF-009, PGF-010, PGF-011, FGF-001, FGF-002, FGF-003, FGF-004, FGF-005, FGF-006, FGF-007, FGF-008, FGF-009, FGF-010, FGF-011, FGF-012, FGF-013. Igualmente, se observa inconsistencia en la versión del Manual de Procesos y Procedimientos, que señala en el listado maestro de documentos la versión 5.0 de 2021, en la página principal del manual versión 1.0 de 2021 y en las hojas internas del manual señala versión 2.0 de agosto de 2023.

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  DISTRISSEGURIDAD <small>TECNOLOGÍA, PREVENCIÓN, ANTICIBERSEGURIDAD</small> | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

Lo anterior puede generarse por falta de control en las actividades del proceso. Como consecuencia no se ejerce el control adecuado sobre la documentación que asegura el funcionamiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

Respuesta Hallazgo No. 12

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que *“De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 12 para el levantamiento de acciones de mejora”*.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

5.2.7. Auditorías Internas del SIG

| | | |
|--|---|---------------------|
| PROCEDIMIENTO: Auditorías Internas del SIG | CODIGO: PDEYP-007 | VERSIÓN: 1.0 |
| | SOPORTE LEGAL: ISO 9001:2015, ISO 19011:2018 | |
| ACTIVIDAD | PUNTOS DE CONTROL | ANOTACIONES |
| 1. Análisis del Sistema, de los requisitos de norma y de Ley, Cambios Organizacionales, resultados de auditorías anteriores, cambios tecnológicos, impacto de los procesos. | | Sin evidencias |
| 2. Selección del equipo auditor y elaboración del programa de auditoría interna (Los auditores deben ser independientes de los procesos o áreas a auditar y deben formación y competencia en auditorías intensas de Sistemas Integrados de Gestión. tener en cuenta los Certificados de Auditores Internos). | Equipo Auditor Programa de auditoría interna | Sin evidencias |
| 3. Elaboración del Plan de Auditorías Internas de Calidad, el cual contiene el detalle de las actividades a desarrollar, este plan debe ser concertado con el personal a auditar y dado a conocer 8 días antes de la realización de la auditoría. | Plan de Auditoría Interna | Sin evidencias |



INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: FCT - 012

VERSIÓN: 1.0

FECHA: 05/03/2018

| | | |
|--|--|-----------------------|
| <p>4. Reunión de apertura, el auditor deberá presentar el objetivo y alcance de la auditoría, se debe confirmar la programación descrita en el plan de auditoría y la fecha de cierre de la auditoría, en caso de presentarse algún inconveniente para la ejecución de una de las actividades planificadas, se deberán realizar y aprobar los ajustes correspondientes (Reprogramación).</p> | <p>Acta de reunión de apertura</p> | <p>Sin evidencias</p> |
| <p>5. Elaboración de hoja de chequeo de auditoría, cada uno de los auditores deberá preparar su hoja de chequeo de auditoría de los procesos a auditar, para esta se podrán utilizar técnicas como la observación, inspección, entrevistas etc. u otras técnicas conocidas por el equipo auditor, el equipo auditor deberá utilizar todos los documentos del Sistema Integrado de Gestión del proceso a auditar, la información que considere necesaria y tener en cuenta el ciclo PHVA del proceso.</p> | <p>Hoja de Chequeo</p> | <p>Sin evidencias</p> |
| <p>6. Desarrollo de auditoría interna, Los auditores internos deberán recolectar las evidencias que demuestren la conformidad del Sistema Integrado de Gestión y documentar los hallazgos y notificar mediante informe al líder de auditoría.</p> | <p>Hoja de Chequeo diligenciada Informe de auditoría</p> | <p>Sin evidencias</p> |
| <p>7. Reunión de cierre y elaboración de informe de auditoría interna de SIG, en la reunión de cierre, el auditor líder deberá informar a los auditados sobre las no conformidades y observaciones encontradas durante las auditorías, así como las fortalezas y debilidades para el funcionamiento eficaz del Sistema Integrado de Gestión y las dificultades y/o conclusiones en el proceso de realización de las auditorías, se deberá realizar un informe de las auditorías utilizando el formato "Informe de Auditorías Internas del SIG", el cual deberá ser entregado 5 días hábiles después de la reunión de cierre de la auditoría al Líder de Auditoría y al Líder del proceso de Direccionamiento Estratégico y Planeación.</p> | <p>Acta de reunión de cierre</p> | <p>Sin evidencias</p> |
| <p>8. Reporte del Informe de Auditoría, el líder Auditor debe socializar a la Dirección General y a los líderes de procesos los Hallazgos para el levantamiento de planes de mejora y el seguimiento.</p> | <p>Informe Final de Auditoría</p> | <p>Sin evidencias</p> |

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  DISTRISSEGURIDAD <small>TECNOLOGÍA, PREVENCIÓN, ANTICIBERSEGURIDAD</small> | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| | | |
|--|--|----------------|
| 9. Levantamiento de conformidades y Planes de Mejoramientos | No de Acciones correctivas y/o preventivas Planes de mejoramiento | Sin evidencias |
| 10. Evaluar grupo auditor y proceso de auditoria | Evaluación de auditor Evaluación de auditoria | Sin evidencias |
| 11. Realizar el seguimiento de la implementación de los planes mejoramiento según las fechas programadas | Seguimientos consolidados de acciones correctivas y/o preventivas | Sin evidencias |

HALLAZGO No. 13

No se cumple con lo establecido en el Manual de Procesos y Procedimientos Generales DISTRISSEGURIDAD, versión 2.0 de agosto de 2023, procedimiento *Auditorías Internas de SIG*, toda vez que solicitadas las evidencias del cumplimiento no se aportaron. Esto puede obedecer a falta de planeación por parte del proceso. Como consecuencia se pueden afectar los objetivos del proceso, al no evidenciar oportunidades de mejora.

Respuesta Hallazgo No. 13

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que *“De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 13 para el levantamiento de acciones de mejora”*.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

5.2.8. Acciones correctivas y/o preventivas

| | | |
|--|--|---------------------|
| PROCEDIMIENTO: Acciones correctivas y/o preventivas | CODIGO: PDEYP-008 | VERSIÓN: 1.0 |
| | SOPORTE LEGAL: ISO 9001:2015 | |
| ACTIVIDAD | PUNTOS DE CONTROL | ANOTACIONES |
| 1. Detectar la no conformidad o situación a mejorar, Al detectar la no conformidad o situación no deseada en la realización de los procesos, se debe registrar la situación en el formato de Acción Correctiva y/o | Formato Acción Correctiva y Preventiva | Sin evidencias |



INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO: FCT - 012

VERSIÓN: 1.0

FECHA: 05/03/2018

| | | |
|---|--|-----------------------|
| <p>Preventiva, explicando claramente el problema detectado y recolectar las evidencias necesarias para su descripción. Si la identificación de la no conformidad es en la Auditoría Interna, esta se envía al líder del proceso correspondiente y al proceso de Direccionamiento Estratégico y Planeación, si la no conformidad es identificada por un funcionario de la entidad, esta se reporta al proceso de DEYP y al líder del proceso.</p> | | |
| <p>2. Revisión de la no conformidad o situación presentada, El responsable del proceso deberá realizar los estudios, análisis, toma de datos, etc., que crea oportunos cada vez que reconozca una No conformidad, e identificar las causas utilizando el formato "Acción Correctiva y Preventiva – Diagrama de Causa – Efecto" y hacer una valoración del problema con el fin de encontrar la mejor solución. El responsable del análisis debe diligenciar el numeral II y III del formato "Acción Correctiva y Preventiva" resumiendo el resultado del análisis de las causas.</p> | <p>Formato Acción Correctiva y Preventiva</p> | <p>Sin evidencias</p> |
| <p>3. Reporte de la No conformidad o situación presentada, La Acción propuesta y el análisis correspondiente de sus causas, deberá ser presentada para conocimiento del Líder del Proceso de DEYP para su respectivo seguimiento.</p> | <p>Formato Acción Correctiva y Preventiva diligenciada y enviada</p> | <p>Sin evidencias</p> |
| <p>4. Seguimiento a las acciones de mejoramiento de las No conformidades levantadas, se realizará el seguimiento dentro del plazo establecido para su ejecución, registrando el resultado del mismo en el formato de Consolidado de Acciones Correctivas y Preventivas.</p> | <p>Consolidado de Acciones Correctivas y/o Preventivas</p> | <p>Sin evidencias</p> |
| <p>5. Cierre de la No conformidad, una vez aplicada la Acción Correctiva o preventiva y evaluada la eficacia, eficiencia y efectividad de las acciones, se efectuará el cierre de la Acción, firmando y fechando el Formato "Acción Correctiva y Preventiva".</p> | <p>Formato Acción Correctiva y Preventiva cerrada</p> | <p>Sin evidencias</p> |

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

HALLAZGO No. 14

No se cumple con lo establecido en el Manual de Procesos y Procedimientos Generales DistriSeguridad, versión 2.0 de agosto de 2023, procedimiento *Acciones preventivas y/o correctivas*, toda vez que solicitadas las evidencias del cumplimiento no se aportaron. Esto obedece a la no realización de auditorías internas del SIG. Como consecuencia no se pueden evidenciar acciones oportunas en desarrollo de un ejercicio de mejora continua de los procesos de la entidad.

Respuesta Hallazgo No. 14

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que “*De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 14 para el levantamiento de acciones de mejora*”.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

5.2.9. Producto No Conforme

| | | |
|---|--|---------------------|
| PROCEDIMIENTO: Producto no conforme | CODIGO: PDEYP-009 | VERSIÓN: 1.0 |
| | SOPORTE LEGAL: ISO 9001:2015 | |
| ACTIVIDAD | PUNTOS DE CONTROL | ANOTACIONES |
| 1. Identificar el Producto / Servicio No Conforme. Durante las etapas de elaboración del producto o prestación del servicio se verifica el cumplimiento frente a los criterios de aceptación definidos en la ficha de producto/servicio asociado y aquellos especificados por el cliente. | | Sin evidencias |
| 2. Registrar el Producto / Servicio No Conforme Toda inconsistencia con los requisitos previamente definidos se registra en el formato de acciones correctivas y/o preventivas, por parte del profesional a cargo de la actividad; con el fin de generar evidencia del control que se lleva a cabo en los procesos misionales. | Formato de No Conformidades acciones correctivas y/o preventivas | Sin evidencias |

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

| | | |
|---|--|----------------|
| 3. Envío del Formato a la Oficina de Planeación para su registro y seguimiento | Formato debidamente diligenciado a la oficina de Planeación. Registro en el consolidado de acciones correctivas y /o preventivas | Sin evidencias |
| 4. Ejecutar acciones y/o correcciones al producto o servicio de manera inmediata de acuerdo al plan de acción programado, para garantizar la conformidad del producto antes de la entrega al cliente final. Se registran evidencia de acciones. | Evidencias del plan de acción Entrega al Cliente | Sin evidencias |
| 5. Verificación de resultados del plan de acción | | Sin evidencias |
| 6. Cerrar el formato y archivar como registro del SIG | Cierre de No conformidad Producto no conforme | Sin evidencias |

HALLAZGO No. 15

No se cumple con lo establecido en el Manual de Procesos y Procedimientos Generales Distriseguridad, versión 2.0 de agosto de 2023, procedimiento *Producto no conforme*, toda vez que solicitadas las evidencias del cumplimiento no se aportaron. Esto obedece a la no realización de auditorías internas del SIG. Como consecuencia no se pueden evidenciar acciones oportunas en desarrollo de un ejercicio de mejora continua de los procesos de la entidad.

Respuesta Hallazgo No. 15

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que “*De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 15 para el levantamiento de acciones de mejora*”.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

HALLAZGO No. 16

Establece la *GUÍA PARA LA GESTIÓN POR PROCESOS EN EL MARCO DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)* Versión 1, del Departamento Administrativo de la Función Pública, en el acápite 4.1. que entre los elementos que se deben considerar en un procedimiento se encuentran el objetivo y alcance. Verificada la totalidad de los procedimientos del proceso de Direccionamiento Estratégico y Planeación no se hallan estos elementos. Lo anterior puede obedecer a desconocimiento de la norma establecida en

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

el Artículo 2.2.21.5.5 del Decreto 1083 de 2015. Como consecuencia se presenta una debilidad en la implementación de requerimientos legales y se expone al proceso al no cumplimiento de sus objetivos.

Respuesta Hallazgo No. 16

En respuesta al hallazgo, queda consignado en el acta de 28 de diciembre, que *“De acuerdo con lo revisado, se acepta el hallazgo 16 para el levantamiento de acciones de mejora”*.

Análisis respuesta

Teniendo en cuenta que el líder del proceso de Direccionamiento Estratégico acepta el hallazgo presentado, se deja en firme y se solicita plan de mejoramiento en este punto.

6. RECOMENDACIONES

- Desarrollar las acciones necesarias encaminadas a ejercer los controles establecidos en los mapas de riesgos institucional y de corrupción.
- Estructurar el diseño de los controles a los riesgos, con base en los criterios establecidos en la *Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas*.
- Establecer las acciones necesarias, encaminadas a dar estricto cumplimiento a los procedimientos aprobados en el Manual de Procesos y Procedimientos Generales DistriSeguridad, versión 2.0, de agosto de 2023.
- Dar cumplimiento a lo establecido en el Artículo 2.2.21.5.5 del Decreto 1083 de 2015.
- Desarrollar una actualización de los procedimientos del proceso de Direccionamiento Estratégico, en concordancia con el Modelo Integrado de Gestión; acorde con la integración que se dio a los anteriores sistemas de Gestión de Calidad y de Desarrollo Administrativo, con el Sistema de Control Interno.
- Generar las matrices de riesgos de gestión y de corrupción para el proceso de Talento Humano.
- Revisar la información contenida en la matriz del proceso de Gestión Contractual, toda vez que el documento remitido a auditoría corresponde al proceso de Entrega y Supervisión.
- Efectuar una revisión de los análisis realizados para desarrollar las matrices de riesgos, de forma que se dé cabal acatamiento a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, en la Guía de Administración del Riesgo, versión 6.

| | | |
|---|--|--------------------------|
|  | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

7. RESUMEN DE HALLAZGOS

| Hallazgo No. | DESCRIPCIÓN |
|--------------|--|
| 1 | Deficiencias en la estructura de los riesgos. |
| 2 | Debilidades en la estructura del diseño de los controles al no contar con la totalidad de los criterios establecidos para ellos. |
| 3 | No se presentan evidencias y/o no son satisfactorias, sobre los controles realizados a los mapas de riesgos. |
| 4 | No se cumple con la totalidad de las acciones establecidas en el procedimiento de <i>Planeación Presupuestal</i> |
| 5 | No se cumple con la Condición General No. 2 del procedimiento <i>Informe de Revisión por la Dirección</i> |
| 6 | No se cumple con la Condición General No. 1 del procedimiento <i>Informe de Revisión por la Dirección</i> |
| 7 | No se evalúan y/o actualizan, de manera trimestral, los eventos externos e internos que pueden afectar o impedir el cumplimiento de los objetivos estratégicos o de los procesos |
| 8 | La Política institucional de Administración del Riesgo de Distriseguridad no contiene lineamientos sobre riesgos fiscales |
| 9 | No se cumple con la responsabilidad de presentar al CICCI el seguimiento a la eficacia de los controles de las matrices de riesgos |
| 10 | No se da cumplimiento a la totalidad de las acciones establecidas en el procedimiento de <i>Diseño y Administración del Sistema Integrado de Gestión</i> |
| 11 | No se cumple con el procedimiento <i>Control de Registros y Documentos</i> |
| 12 | No se cumple con la Condición General del procedimiento de <i>Control de Registros y Documentos</i> de actualizar el listado maestro de documentos |
| 13 | No se efectúa el procedimiento <i>Auditorías Internas del SIG</i> |
| 14 | No se cumple con el procedimiento <i>Acciones Preventivas y/o Correctivas</i> |
| 16 | No se realiza el procedimiento <i>Producto No Conforme</i> |

| | | |
|--|--|--------------------------|
|  DISTRISSEGURIDAD <small>TECNOLOGÍA, PREVENCIÓN, ANTICORUPCIÓN</small> | INFORME DE AUDITORÍA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO: FCT - 012 |
| | | VERSIÓN: 1.0 |
| | | FECHA: 05/03/2018 |

8. CONCLUSIONES

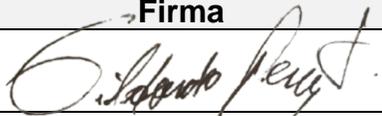
Teniendo en cuenta que de la reunión celebrada el día 28 de diciembre de 2023, entre los suscritos Asesor de Control Interno y el P.U.E. Planeación, no se desprenden respuestas que desvirtúen los hallazgos presentados por esta auditoría, se dejan en firme los dieciséis hallazgos, así como las recomendaciones y conclusiones presentadas en el informe preliminar.

Se resalta que el proceso de direccionamiento estratégico tiene documentado los planes institucionales y estratégicos de que trata el Decreto 612 de 2018, los procedimientos y la política de administración del riesgo donde se define la metodología para la mitigación y prevención de los riesgos de corrupción y de gestión. De igual manera se encuentra caracterizado el proceso.

No obstante, se considera que el proceso debe establecer lineamientos para:

- El cumplimiento de las estrategias contenidas en los planes institucionales y estratégicos.
- Desarrollar una cultura basada en la gestión de riesgos.
- Revisar y actualizar de manera periódica los procedimientos de todos los procesos, dando prioridad a aquellos que se encuentran directamente relacionados con la NTC GP:1000.
- Monitorear el cumplimiento de los puntos de control establecidos en los diferentes procedimientos.
- Fortalecer el monitoreo y seguimiento por parte de la línea de defensa 2.

Para constancia se firma en Cartagena de Indias, a los 26 días del mes de enero de 2024.

| APROBACIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA | | |
|--|---------------------------|---|
| Nombre Completo | Responsabilidad | Firma |
| GILDARDO PÉREZ TORRES | ASESOR DE CONTROL INTERNO |  |