

|   |                                     |                  |                         |
|---|-------------------------------------|------------------|-------------------------|
| <b>Personería</b><br>de Bogotá, D. C.<br>Al servicio de la ciudad  | <b>INFORME DE AUDITORÍA</b>         |                  | <b>Código:</b> 16-RE-03 |
|   | <b>Versión:</b> 02                  | <b>Página:</b> 1 |                         |
|   | <b>Vigente desde:</b><br>27-03-2017 |                  |                         |

| (1) TIPO DE EVALUACIÓN                 | AUDITORÍA INTEGRAL  | AUDITORIA DE SEGUIMIENTO | AUDITORÍA ESPECIAL |
|--|---|--------------------------|--------------------|
|  | X   |                          |                    |
| (2) OBJETIVO                           | Determinar la conformidad del Sistema Integrado de Gestión con los criterios de auditoría. Verificar el uso adecuado de los recursos y el cumplimiento de los Planes y Programas Institucionales.   |                          |                    |
| (3) ALCANCE                            | Contribuir en el asesoramiento a la Alta Dirección en la continuidad de los procesos administrativos, la evaluación de los planes establecidos y la aplicación de correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos, contemplados en el POA de la Vigencia". |                          |                    |
| (4) PROCESO AUDITAR                    | Dirección y Planeación Estratégica (1) – Mejora Continua (15)   |                          |                    |
| (5) AUDITOR (ES)                       | Pedro Hernando Caicedo Barrero, Omaira Morales Rosas, Héctor Ismael Robayo Muñoz y Martha Vianey Díaz Molina – Contratista de Apoyo   |                          |                    |
| (6) PERÍODO AUDITADO                   | Vigencia del 2016   |                          |                    |
| (7) FECHA DE EJECUCIÓN DE LA AUDITORIA | Entre el 27 de febrero al 14 de marzo de 2017   |                          |                    |
| (8) CRITERIOS DE AUDITORÍA             | 1. Normatividad aplicable a los procesos objeto de auditoría<br>2. NTCGP 1000:2009<br>3. MECI – 2014  |                          |                    |

| <b>SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD 2.</b><br><b>PROCESO DE DIRECCIÓN Y PLANEACIÓN ESTRATÉGICA</b><br><b>PROCESO DE MEJORA CONTINUA</b> |   |   |  |
|---|---|---|--|
| (8) CRITERIOS DE AUDITORÍA  | (9) NUNERAL DE LA NORMA   | (10) HALLAZGO   | (11) CUMPLIMIENTO DEL NUMERAL (C-NC-OBS) (Abierta-Cerrada) |
| 2   | 4.2 Gestión Documental  | Al realizar una verificación sobre el manejo del archivo físico de gestión documental de la Dirección de Planeación, se evidencio que se siguen los lineamientos de las Tablas de Retención Documental conforme lo establece el documento expedido por la Subdirección de Gestión Documental y Recursos Físicos. Así mismo, las series y sub series documentales se tienen totalmente identificadas conforme a las TRD asignada a la Dirección de Planeación. | C(1)   |
| 2   | 4.2.2 Manual de la Calidad, literal b). Procedimientos obligatorios | <b>No Conformidad:</b> Se constató que en el Manual del Subsistema de Gestión de la Calidad – Sistema Integrado de Gestión de la Calidad, no se referencian los procedimientos obligatorios del Sistema de Gestión de la Calidad, que exige la NTCGP- 1000:2009, requisito 4.2.2 Manual de la Calidad, literal b).<br><br><b>Respuesta responsable del proceso:</b> Se acepta como una observación y no como una No   | NC (1).  |



|  |                                      |  |               |
|--|--------------------------------------|--|---------------|
|  |                                      | <p><i>Conformidad en razón a que el manual de la calidad existe, contiene el alcance del sistema, la justificación de las exclusiones, no hace referencia a los procedimientos obligatorios sin embargo los seis procedimientos obligatorios (control de documentos, control de registros, auditorias, productos no conforme, acciones preventivas y correctivas) se encuentran documentados. Así mismo presenta una descripción de la interacción de los procesos.</i></p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>La Entidad documentó los seis procedimientos obligatorios que establece la norma técnica de calidad GP1000-2009 y se encuentran aprobados en el Sistema Integrado de Gestión, no obstante, estos no se incluyeron o referenciaron en el respectivo Manual de Calidad como lo establece la Norma Técnica de Calidad GP1000-2009 en el requisito 4.2.2, literal b), por lo tanto se mantiene la No conformidad.</p> |               |
|  | <p>5.4.1 Objetivos de la Calidad</p> | <p><b>No Conformidad:</b> Se evidenció que no se realizó una medición a los objetivos de la calidad, los cuales deben ser medibles y coherentes con la Política de la Calidad. Con presunto incumplimiento de la Norma NTCGP 1000:2009, requisito 5.4.1 Objetivos de la Calidad.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> <i>Se acepta la No Conformidad.</i></p>  | <p>NC (2)</p> |
|  | <p>5.6 Revisión por la Dirección</p> | <p><b>No Conformidad:</b> En el acta N° 02 del 24 de mayo de 2016 del Comité del Sistema Integrado de Gestión – SIG se registró que se haría “revisión a los resultados obtenidos en el periodo entre el 1 de enero de hasta 31 de diciembre de 2016”, cuando la fecha del acta No 1 es del 24 de mayo 2016, por consiguiente la Revisión que efectuó la Alta Dirección, corresponde a la vigencia del 2015.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> <i>Revisado el archivo en donde reposan las actas levantadas luego de las reuniones realizadas por el comité de coordinación de SIG, efectivamente dice Acta 1 de Mayo 24 de 2016, la cual corresponde al anexo No. 4 y se nota que fue error al escribir 2016 en vez de 2015.</i></p>   | <p>NC (3)</p> |



*Por lo anterior, no se acepta la No Conformidad, en virtud de que lo encontrado corresponde a una recomendación en el sentido de verificar los contenidos de las actas con el fin de prevenir y/o corregir los posibles riesgos.*

**Análisis del equipo auditor**

Con fundamento en la respuesta suministrada donde se afirma que efectivamente en el "Acta 1 de Mayo 24 de 2016, la cual corresponde al anexo No. 4 y se nota que fue error al escribir 2016 en vez de 2015", se aclara que las actas de reunión son registros que no se pueden modificar y por lo tanto se constituyen en la evidencia de los temas tratados, fecha de reunión, hora y participantes, entre otros aspectos como la toma de decisiones.

La NTCGP1000-2009, establece en el requisito 4.2.4 Control de los registros, que los "registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad. Los requisitos deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables...."

Por lo anterior, se mantiene la No Conformidad.

Procedimiento  
15-PT-01-  
Numeral 9.  
Revisión  
Gerencial al  
Sistema  
Integrado de  
Gestión-SIG-  
Dirección -

al  
de

**No Conformidad:** El numeral 9 del procedimiento 15-PT-01 Revisión Gerencial al Sistema Integrado de Gestión -SIG- Dirección, establece que "(...) El insumo para adelantar la revisión gerencial al SIG es el informe de Autoevaluación, debidamente consolidado por el Representante de la Dirección en el formato 15-RE-01 Autoevaluación para la revisión gerencial, el cual será presentado al comité del SIG", sin embargo no se presentó evidencia del registro, generando un incumplimiento a lo establecido en el procedimiento.

**Respuesta responsable del proceso:** No hay claridad de la situación encontrada, carece de fecha y de soporte y, tampoco identifica qué requisito legal se estaría incumpliendo; por consiguiente, no se pueda aceptar La No Conformidad.

NC (4)



|  |   |              |
|--|---|--------------|
|  | <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>Se aclara que la Entidad dentro de su Sistema Integrado de Gestión estableció el procedimiento Revisión Gerencial al Sistema Integrado de Gestión -SIG- Dirección, en el cual se aplica el formato 15-RE-01 de Autoevaluación como fuente de información para la revisión gerencial, lo que conlleva a que este procedimiento interno sea de estricto cumplimiento. Por lo anteriormente expuesto, y toda vez que no se allegó el documento solicitado, se mantiene la no conformidad.</p>   |              |
| <p>5.6 Revisión por la Dirección</p>                 | <p>La Entidad tiene programado en el mes de mayo de 2017, realizar la reunión del comité del Modelo Integrado de la Personería con el fin que el Director de Planeación como representante de la alta dirección, presente el informe de la Revisión por la Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad de la vigencia 2016. (Según oficio de respuestas de la Dirección de Planeación - Cordis 2017IE15842 del 7 de abril de 2017)</p>   | <p>C(2)</p>  |
| <p>8.3 Control de Producto y/o Servicio conforme</p> | <p><b>No Conformidad:</b> Al aplicar una encuesta a los funcionarios de los procesos de Gestión Jurídica y en el misional Revisión a la Gestión Pública, se constató que no tienen conocimiento del Procedimiento de Producto y/o Servicio No Conforme, de su aplicabilidad y el tratamiento que se debe dar al producto y/o servicio no conforme. No se obtuvieron evidencias de registros que permita establecer que acciones se han emprendido para eliminar la causa de las no conformidades detectadas en los productos y/o servicios entregados, conforme lo establece la NTC GP 1000- 2009. Requisito 8.3 Control del Producto y/o Servicio No Conforme.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> No se acepta la No Conformidad en razón a que el numeral de la norma 8.3 en sus literales a.), b.), c.) y d.) No guarda relación con lo descrito por el grupo auditor.</p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>La Entidad documentó el procedimiento de producto y/o servicio no conforme, sin embargo los responsables y servidores entrevistados de</p> | <p>NC(5)</p> |



|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
|  |  | <p>los procesos de Gestión Jurídica y en el misional Revisión a la Gestión Pública manifestaron no tener conocimiento del procedimiento en mención.</p> <p>Por otra parte, según lo manifestado por los entrevistados se indicó que en las reuniones que se realizan, se tratan temas relacionados con productos y/o servicios no conformes de lo cual no se dejan registros, como lo establece la NTC GP 1000- 2009. Requisito 8.3 Control del Producto y/o Servicio No Conforme, literal a), b) y c), por consiguiente se mantiene la no conformidad.</p> |  |
|--|--|---|--|

**MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO – MECI  
GESTION DE LOS PROCESOS**

| (8) CRITERIOS DE AUDITORÍA | (12) VERIFICACIÓN                               | (10) HALLAZGO  | (11) CUMPLIMIENTO ( C -OBS ) (Abierta-Cerrada) |
|----------------------------|---|--|--|
| 3                          | 1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos | <p><b>Observación:</b> Se constató que los principios y valores éticos, no se construyeron de manera participativa con el concurso de los servidores públicos de la Entidad como lo establece el MECI en el elemento 1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos que “ (...) A través de él se plantean las declaraciones explícitas que, en relación con las conductas de los servidores públicos, son acordadas en forma participativa para la consecución de los propósitos de la entidad, (...)”;</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b><br/><i>Se acepta la observación.</i></p>                            | OBS (1)  |
| 3                          | 1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos éticos | <p>Al efectuar la validación con servidores de la Entidad acerca del conocimiento de la Guía para la Ética del Servicio, se estableció que no todos los servidores, entre ellos los que ingresaron en la vigencia 2016 conocen los principios y valores de la Entidad ni tienen claridad sobre la aplicación en el desempeño de sus funciones.</p> <p>No obstante, analizada la respuesta de los auditados por parte del equipo auditor , se observa que en la inducción, a todos los servidores y servidoras públicas que se van vinculando a la Entidad, se presenta el contenido de la Guía para la Ética del Servicio,</p> | C(3)   |



|   |  |  |            |
|---|--|--|------------|
|   |  | se entrega copia de la misma y se toma la firma del nuevo del funcionario al respaldo del documento como símbolo de compromiso; tal como se puede evidenciar en las historias laborales de las servidoras y servidores públicos de la Personería de Bogotá D.C., de conformidad con lo establecido en el documento 07-GU-01.   |            |
| 3 | 1.1.1<br>Acuerdos,<br>compromisos y<br>protocolos éticos | La Entidad ha efectuado la revisión periódica sobre la pertinencia de los valores y principios establecidos según documentos soportes allegados por la Dirección de Planeación, se evidencia que se emprendieron acciones como la expedición de la Resolución No. 232 de 2010 y la Resolución No. 139 de 2015, entre otros documentos contentivos de los principios y valores éticos, estableciendo que existen registros que permiten evidenciar que se ha efectuado la revisión periódica sobre la pertinencia de los valores y principios establecidos. | C(4)       |
| 3 | 1.1.1<br>Acuerdos,<br>compromisos y<br>protocolos éticos | Se evidencia que la Entidad tiene establecidas instancias de participación que permiten crear una cultura organizacional frente a los aspectos éticos y que de conformidad con el MECI, teniendo en cuenta que los servidores se comportan de acuerdo a las reglas de conducta definidas y se efectúa revisión periódica de la pertinencia de los valores establecidos para su respectiva actualización según los resultados.  | C(5)       |
| 3 | 1.1.1<br>Acuerdos,<br>compromisos y<br>protocolos éticos | La entidad a través de la resolución 139 del 9 de abril de 2015 adopto la Guía para la ética del servicio - 07-GU-01 de 2015, mediante la cual estableció los principios y valores éticos que rigen la conducta de los servidores de la Personería de Bogotá, D.C. los cuales se encuentran acordes con la misión, la visión y los objetivos institucionales trazados.   | C(6)       |
| 3 | 1.2 Componente<br>Direccionamiento<br>Estratégico        | La Entidad durante el periodo 2012 – 2016, expidió la Resolución 018 del año 2013, por medio de la cual se adoptó el Plan Estratégico 2012-2016. Así mismo, se estableció que las diferentes políticas estratégicas cuentan con el respectivo acto administrativo de aprobación y adopción.  | C(7)       |
| 3 | 1.2.1 Planes,<br>Programas y                             | <b>Plan Estratégico</b>  | OBS<br>(2) |



|   |                                     |   |         |
|---|-------------------------------------|---|---------|
|   | Proyectos                           | <p><b>Observación:</b> No se evidenció las causas que dieron origen a los cambios efectuados al Plan Estratégico 2012 – 2016 en relación a los objetivos estratégicos, metas e indicadores de acuerdo con los resultados de un evento de planeación estratégica realizado en noviembre de 2014, por parte de la alta dirección.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> La justificación se basa en la disertación realizada en el mes de noviembre en la Ciudad de Paipa y cuya evidencia se presenta en los CD de grabación de las reuniones realizadas en dicha jornada (ver anexo 2) en las que se realizó el ajuste al Plan Estratégico Institucional y por consiguiente se ajustaron los planes operativos anuales de todas las dependencias de la entidad.</p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>Con base en los soportes remitidos a la oficina de Control Interno, se constató que la Alta Dirección llevó a cabo una reunión en el mes de noviembre de 2014 en la ciudad de Paipa, donde se efectuó una presentación del Plan Estratégico, sin embargo no se obtuvo la evidencia del documento que contiene el nuevo plan estratégico con registros de la disertación y las decisiones adoptadas en dicha reunión, lo cual impide establecer, cuáles fueron las razones que dieron lugar a los cambios efectuados al Plan Estratégico 2012 – 2016, por lo tanto se mantiene la observación.</p> |         |
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>Plan Estratégico</b></p> <p><b>Observación:</b> Se estableció que en la mayor parte de los objetivos estratégicos no se definió la línea base y la meta de impacto a cumplir al 2016 como tampoco la justificación del porqué no se definió, teniendo en cuenta que el cumplimiento de metas, permite medir a través del indicador sí el objetivo estratégico se cumplió. (Seguimiento en Excel del Plan Estratégico 2012-2016)</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> En el plan estratégico se encuentra definido el objetivo estratégico como: <u>Desagregación de la Misión y Visión en componentes de naturaleza diferente.</u></p>  | OBS (3) |



*En este contexto la planeación estratégica de la entidad se realizó de manera escalonada, es decir que para el desarrollo de los objetivos estratégicos, se establecieron unas metas de impacto las cuales se miden a través de una serie de indicadores propuestos los cuales de acuerdo a los históricos de mediciones anteriores se les determinaba una línea base y una meta a 2016 contra los cuales se comparaba tal como aparece en los informes de seguimiento al PEI.*

*Así mismo la justificación del porque no se define una línea base para algunos de los indicadores, recae en que estos se definían por primera vez y no se contaba con información histórica que permitiera plantear cifras base para su medición.*

*De igual manera para algunas metas de impacto no se realizó una definición del resultado esperado a 2016, toda vez que éstas dependían de la cantidad de requerimientos o solicitudes realizadas por agentes externos a la entidad.*

3. Consolidar y fortalecer la política de construcción de ciudadano con capacidades para participar y contribuir en la protección, denuncia e intervención sobre la situación de derechos y deberes, en su entorno.
4. Generar construcción de ciudadano desde el quehacer institucional de la Personería bajo sus dimensiones estratégicas.

| Descripción  | Indicador P.E.I.  | Línea Base | Meta a 2016 | Responsables   |
|--|---|------------|-------------|--|
| 1.1. Fortalecer el esquema de gestión de Requerimientos Ciudadanos en función de la materialización de los derechos, con criterio de expansión de cobertura. | Porcentaje de requerimientos ciudadanos que concluyen en materialización de los derechos  | ND         | 100         | Personería Delegada para la coordinación del Ministerio Público y Derechos Humanos; Personería Delegada para la Coordinación de Personerías Locales; Personería Auxiliar |
|  | No. de puntos nuevos de recepción de requerimientos ciudadanos atendidos / No. de puntos de recepción de requerimientos ciudadanos planeados para el cuatrimestro | 0          | 28          | Personería Auxiliar; Secretaría General  |
|  | No. de ciudadanos atendidos en el periodo actual / No. de ciudadanos atendidos en el período anterior   | 100%       | 100%        | Personerías Delegadas para la coordinación; Personería Auxiliar; Secretaría General  |
|  | Porcentaje de usuarios satisfechos con el servicio brindado.  | ND         | 80%         | Personerías Delegadas para la coordinación; Dirección de Tecnologías de la Información y la Comunicación.  |

*Por otra parte, es importante aclarar que la línea base se establece como punto de referencia para el logro del indicador de las metas y no de los objetivos como la observación lo indica. Al respecto la Guía metodológica para el Seguimiento y la Evaluación a Políticas Públicas del Departamento Nacional de Planeación, en la página 26, establece que las líneas base sirven para "Ofrecer un marco de referencia cualitativo y cuantitativo de la situación actual que se pretende modificar para medir los avances y efectos de la gestión pública, planes, programas y*



|          |  |  |                |
|----------|--|--|----------------|
|          |  | <p><i>proyectos sobre la <u>variable</u> de interés". (Resaltado fuera de texto).</i></p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>Se establece que la línea base es un marco de referencia de la situación actual y que para algunos eventos no se puede contar con ella, sin embargo en relación a las metas, estas tienen unas características específicas que se deben tener en cuenta para su formulación como es: cronológicamente limitadas, realistas y relevantes, específicas, mensurables y asumidas con responsabilidad, por lo tanto no se pueden prescindir de ellas, teniendo en cuenta que permiten dar cumplimiento a los objetivos propuestos en el Plan Estratégico y más aún, cuando se estableció cumplir metas de impacto dentro del plan, por lo tanto se mantiene la observación.</p>  |                |
| <p>3</p> | <p>1.2.1 Planes, Programas y Proyectos</p> | <p><b>Plan Estratégico</b></p> <p><b>Observación:</b> En la Planeación Estratégica se definió que en cada dimensión del objetivo estratégico se iban a alcanzar metas de impacto, sin embargo, se registraron para algunos objetivos como meta "mantener la tendencia", lo cual no es concordante con lo que se definió en alcanzar metas de impacto a 2016. (Seguimiento en Excel del Plan Estratégico 2012-2016)</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> <i>Consideramos que al establecer un indicador que permita "mantener la tendencia de crecimiento en la percepción favorable sobre los servicios de la Personería" es de impacto, ya que permite realizar una lectura de la gestión realizada por la Entidad y que refleja la apropiación que tiene la ciudadanía en el reconocimiento de la misma, por tal motivo no estamos de acuerdo con la observación planteada.</i></p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>Es importante mencionar que una meta de impacto mide la diferencia entre lo que pasó habiendo implementado las acciones del Plan y lo que hubiera pasado si no se hubiera implementado.</p> | <p>OBS (4)</p> |



|   |                                     |  |         |
|---|-------------------------------------|--|---------|
|   |                                     | <p>Por otra parte, este tipo de medición incorpora métodos como la selección aleatoria, grupos de control y de comparación, por consiguiente no se puede afirmar que al establecer una meta para mantener la tendencia esta sea una meta de impacto. Por lo tanto, se ratifica la observación.</p>   |         |
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>Plan Estratégico</b></p> <p><b>Observación:</b> Se estableció que algunos responsables de dependencias que tenían a su cargo dar cumplimiento a objetivos estratégicos, no reportaron durante la vigencia 2013 y parte del 2014 la información relacionada con las actividades ejecutadas, afectando el seguimiento que realiza la Dirección de Planeación al PEI y los resultados del mismo. (Seguimiento en Excel del Plan Estratégico 2012-2016).</p> <p><b>Respuesta del responsable del proceso:</b> Se acepta esta observación.</p>  | OBS (5) |
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>Plan Estratégico</b></p> <p><b>Observación:</b> El resultado del seguimiento efectuado al cumplimiento del Plan Estratégico Institucional -PEI, se hizo con corte a 31 de diciembre de 2015, sin incluir la vigencia 2016, lo cual no permitió evidenciar el porcentaje total de cumplimiento del Plan Estratégico del periodo que culminó, toda vez, que el PEI se programó para ser ejecutado en un periodo de cuatro años (2012-2016). (Seguimiento en Excel del Plan Estratégico 2012-2016).</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> De acuerdo con la estructura lógica vigente en ese momento, el Plan Estratégico Institucional (PEI) se cumplía anualmente a través de los planes operativos anuales; por consiguiente, la ejecución del PEI para los dos meses de la vigencia 2016 se puede constatar en la ejecución de los mismos por trimestre.</p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>El Plan Estratégico Institucional (PEI) 2012-2016 efectivamente se cumplió a través de los planes operativos anuales, sin embargo frente al resultado que se registró producto del seguimiento efectuado no se incluyó lo ejecutado del PEI correspondiente a la vigencia 2016, aun cuando en el cuadro de seguimiento se registraron metas de impacto a 2016,</p> | OBS (6) |



|   |                                     |  |         |
|---|-------------------------------------|--|---------|
|   |                                     | afectando el resultado de medición de cada uno de los objetivos estratégicos propuestos, y el porcentaje total de cumplimiento al cierre de la respectiva vigencia; por lo tanto se mantiene la observación.   |         |
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>Plan Estratégico</b></p> <p><b>Observación:</b> Se evidenció que en el informe de gestión del cuatrienio 2012-2016, se registró información del año 2012 al 2015, sin embargo en el reporte de seguimiento efectuado por la Dirección de Planeación al PEI, estos registros no se establecieron.</p> <p>Así mismo, en el informe de gestión del cuatrienio 2012-2016 se registraron datos diferentes a lo constatado en el reporte de seguimiento efectuado al PEI por parte de la Dirección de Planeación, como es el caso de la dimensión estratégica 1 - objetivo estratégico 1 "Prestar asistencia efectiva a los ciudadanos". – materialización de derechos, para la vigencia 2014 y 2015, en el número de requerimientos presentados por los ciudadanos por los diferentes medios, la cuantificación y descripción de las alertas sobre riesgos y hechos que se consideren irregulares en la Gestión Pública Distrital, lo que conlleva a establecer que el reporte sobre el seguimiento efectuado al PEI, no se constituyó en un documento fuente para la elaboración del informe de gestión del cuatrienio 2012-2016.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b><br/><i>Efectivamente, y dados los ajustes que tuvo el PEI durante el cuatrienio, el reporte del PEI no se constituyó en el único documento fuente para la elaboración del informe de gestión del cuatrienio 2012-2016. Se recurrió a los informes presentados por cada una de las dependencias responsables, las cuales a más de ser responsables del tema, son las que originaron la información.</i></p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>Se establece que los mecanismos de control para elaborar los informes institucionales son débiles, toda vez que se presentan inconsistencias en datos y cifras al comparar la misma información reportada por los responsables de los procesos a la Dirección de Planeación y la información entregada al responsable de elaborar el informe de gestión del cuatrienio 2012-2016, en consecuencia</p> | OBS (7) |



|   |                                     |   |         |
|---|-------------------------------------|---|---------|
|   |                                     | independientemente de quien reporte la información, esta debe ser consistente y verificada antes de ser publicada; por lo tanto se mantiene la observación.   |         |
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>Plan Estratégico</b></p> <p><b>Observación:</b> Se estableció que algunos responsables de dependencias que tenían a su cargo dar cumplimiento a objetivos estratégicos, no reportaron durante la vigencia 2013 y parte del 2014 la información relacionada con las actividades ejecutadas, afectando el seguimiento que realiza la Dirección de Planeación al PEI y los resultados del mismo. (Seguimiento en Excel del Plan Estratégico 2012-2016).</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> Se acepta esta observación.</p>   | OBS (8) |
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>Plan Operativo Anual</b></p> <p><b>No conformidad :</b> Al definir los Planes Operativos de la vigencia 2016, se establece que es por procesos, sin embargo los resultados se presenta por dependencias y no con un enfoque por procesos, incumpliendo lo que establece la Norma Técnica de Calidad – GP1000-2004 y el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno – MECI – 2014.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> Los planes operativos anuales de la vigencia 2016 se formularon para desarrollar las metas estratégicas del PEI, por tanto, esta observación carece de validez puesto que sólo a partir de la vigencia 2017 se cambió el enfoque de los POA para ser planificados y ejecutados por proceso.</p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>La Personería de Bogotá con fundamento en la Ley 872 de 2003 “Por la cual se crea el sistema de gestión de la calidad en la Rama Ejecutiva del Poder Público y en otras entidades prestadoras de servicios”, el Decreto 4110 de 2004 “Por la cual se reglamenta la Ley 872 de 2003 y se adopta la Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública” y el Decreto 1599 de 2005 “Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano”, debió desde la promulgación de estas normas adoptar y adelantar la gestión con un enfoque por procesos, sin embargo la Entidad en la vigencia 2016 le dio un manejo a la gestión por dependencias aun cuando se contaba con la</p> | NC(6)   |



|   |                                     |  |         |
|---|-------------------------------------|--|---------|
|   |                                     | red de procesos.   |         |
|   |                                     | Por lo anterior, se mantiene la no conformidad.  |         |
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>Plan Operativo Anual</b></p> <p><b>Observación:</b> Con base en la verificación realizada a los resultados obtenidos en el cumplimiento de cada uno de los Planes Operativos Anuales, no se evidenció que se haya realizado un análisis al cumplimiento de las metas e indicadores del PEI que se establecieron dentro del POA.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> Según el Acuerdo 34 de 1993. <b>Artículo 9°.</b> – <b>son funciones de la Unidad de Control Interno (hoy Oficina de Control Interno):</b> “Evaluar el avance periódico de los planes y programas y mantener permanentemente informado al Personero Distrital y a los directivos acerca del estado del control interno dentro del organismo, dando cuenta de las debilidades detectadas, de las causas de ineficiencia y de las fallas en el diseño y cumplimiento de las normas”. Por tanto esta observación no aplica para el proceso de Dirección y Planeación Estratégica.</p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>Es preciso aclarar que la Oficina de Control Interno dentro de uno de sus roles tiene la efectuar la evaluación, para determinar el cumplimiento de objetivos, metas e indicadores de los planes, programas y proyectos de los procesos en desarrollo de la gestión institucional.</p> <p>Por otra parte, de acuerdo a lo que establece el manual técnico del MECI se menciona que “los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo revisen periódicamente la pertinencia de los indicadores, teniendo en cuenta que la entidad y su entorno sufren cambios constantes que pueden afectar la forma en la que fueron concebidos inicialmente”.</p> <p>Igualmente, que “los líderes de los procesos podrán definir al interior de los mismos, los servidores públicos responsables de hacer seguimiento a los indicadores y verificarán que se cumpla con la periodicidad establecida para la medición de cada uno de ellos.”, por lo tanto la oficina de control interno no es la dependencia responsable de efectuar el análisis y seguimiento a las metas e indicadores para determinar las tendencias positivas o negativas</p> | OBS (9) |



|   |                                     |   |          |
|---|-------------------------------------|---|----------|
|   |                                     | observadas en su desempeño global.<br>Por lo anterior, se mantiene la Observación.  |          |
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>Plan Operativo Anual</b></p> <p><b>Observación:</b> Se estableció que en el POA, se formularon y analizaron indicadores que dan cuenta del cumplimiento de la meta, sin embargo no se evidenció que se haya realizado un análisis a los indicadores de gestión de forma que integre las actividades y metas programadas versus lo ejecutado en cumplimiento al objetivo del proceso, los objetivos trazados y de los resultados esperados del proceso en términos de eficiencia y efectividad que aporten a la medición de la gestión y que conlleve a la toma de decisiones para evitar desviaciones. (Indicadores –MECI).</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> Se asume como una recomendación más no como una observación pero, al igual que la anterior, aplica para las funciones propias del proceso de Control Interno.</p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>Al igual que la observación anterior, se aclara que la Oficina de Control Interno dentro de uno de sus roles efectúa evaluación para determinar el cumplimiento de objetivos, metas e indicadores de los planes, programas y proyectos de los procesos en desarrollo de la gestión institucional, no siendo responsable como dependencia de efectuar el análisis y seguimiento a las metas e indicadores para determinar las tendencias positivas o negativas observadas en su desempeño global.</p> <p>El análisis de los indicadores debe permitir establecer que tanto las actividades formuladas como las metas propuestas, se cumplieron en términos de eficiencia, eficacia y efectividad en la gestión de los procesos, por lo tanto se mantiene la observación.</p> | OBS (10) |



|          |  |  |                 |
|----------|--|--|-----------------|
| <p>3</p> | <p>1.2.1 Planes, Programas y Proyectos</p> | <p><b>Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA</b></p> <p><b>Observación:</b> Se evidenció que la Secretaría Distrital de Ambiente, efectuó una visita de seguimiento a la Entidad, en la cual se dejaron 16 observaciones, conllevando a la Entidad a conformar el Plan de Mejoramiento del PIGA 2016, sin embargo, en el Plan de Mejoramiento Institucional por Procesos, sólo se consignaron 14 observaciones, argumentando el funcionario encargado que sólo se transcribieron las más importantes.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> Las dos acciones que no fueron incluidas en el Plan de Mejoramiento hacen referencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “El Plan de Acción del PIGA 2014 no alcanzó a cumplirse en su totalidad”.</li> <li>• “Cumplimiento parcial de las metas de las actividades propuestas en el Plan de Acción del Año 2014.</li> </ul> <p><i>Se acepta que hubo incumplimiento de las actividades del Plan de Acción, formulado para el año 2014, como fue identificado en la auditoría realizada por la Secretaria Distrital de Ambiente en su visita técnica de septiembre del 2015. Las acciones de mejora no fueron incluidas en el Plan de Mejoramiento 2016 porque no podían subsanarse retroactivamente.</i></p> | <p>OBS (11)</p> |
| <p>3</p> | <p>1.2.1 Planes, Programas y Proyectos</p> | <p><b>Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA</b></p> <p>Al efectuar la revisión al cumplimiento del Plan de Mejoramiento del PIGA, se observó que de las 14 observaciones registradas en el plan, se derivaron un total de 13 acciones de las cuales, 12 alcanzaron la meta con el 100 % de cumplimiento, no obstante, la acción establecida como “Retirar los avisos que no cumplen con la normatividad que rige la publicidad exterior visual (PEV), en la ciudad” donde la meta a alcanzar se estableció en un 100% de la PEV de la Personería que cuenten con permisos respectivos o se encuentran en trámite”; alcanzó un 94% de cumplimiento en razón a que el 94% de los avisos de las sedes locales y edificios principales se encuentran aprobados.</p> <p>Así mismo, se estableció durante el desarrollo de la auditoría que la Entidad tomó las acciones pertinentes para efectuar el retiro del aviso que no cumplía con la normatividad que rige la publicidad exterior visual (PEV).</p>   | <p>C(8)</p>     |



|   |                                     |  |          |
|---|-------------------------------------|--|----------|
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA</b></p> <p><b>Observación:</b> En relación a la observación “Identificar los productos/servicios que requieren mayor atención frente a los criterios ambientales que estos deben contemplar”, se estableció la acción “Implementar en la contratación y adquisición de bienes y servicios los parámetros contemplados en el documento Técnico de Referencia para Avanzar en la Aplicación de Compras Verdes en la Personería de Bogotá - Incrementar el número de bienes y servicios adquiridos con criterios de compras verdes”, aunque presenta un avance en el plan de mejoramiento Institucional con corte al cuarto trimestre de 2016 equivalente al 100%, en el documento presentado de Plan de Mejoramiento del PIGA se observa un avance del 10% para el mismo periodo, evidenciándose una inconsistencia en las cifras.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> Se acepta la observación.</p> | OBS (12) |
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>Plan Institucional de Gestión Ambiental – PIGA</b></p> <p>Se estableció que en el desarrollo de la auditoria se culminó la elaboración del informe sobre el cumplimiento al Plan Institucional de Gestión Ambiental de la vigencia 2016, el cual se publicado en la página WEB de la Entidad.</p>  | C(9)     |
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>Plan de Sostenibilidad del SIG</b></p> <p><b>No Conformidad Potencial:</b> Al efectuar un análisis aleatorio al Plan de Sostenibilidad del SIG para el primer trimestre de 2016 en relación con el objetivo “Mejorar la herramienta Cuadro de Mando Integral con un desarrollo más robusto que funcione como un aplicativo que permita su alimentación e interacción en la nube con la participación directa de cada proceso y con su indicador “. El aplicativo se encuentra en la intranet y es utilizado por todos los procesos SI/NO”; se observó que se reporta un avance del 100%, sin embargo, este objetivo se encuentra incluido en el Plan de mejoramiento del Proceso de Mejora Continua en la acción “Mejorar la herramienta con un desarrollo más robusto que funcione como una aplicación web dispuesta en la nube a través de la cual se pueda alimentar los indicadores directa y</p>  | NCP (1)  |



simultáneamente por cada responsable del indicador”, donde el indicador es el mismo del Plan de Sostenibilidad del SIG y en este caso el reporte del cuarto trimestre de 2016 presenta un avance del 80%, evidenciándose una inconsistencia frente al reporte del primer trimestre de la misma vigencia del Plan de Mejoramiento del Proceso, para lo cual al solicitar aclaración a la funcionaria responsable, manifiesto que la actividad planteada no se culminó, que desconoce el porqué de la diferencia en los dos reportes.

**Respuesta responsable del proceso:** *Se acepta como una recomendación y no como una No Conformidad Potencial en razón a que no se está incumpliendo un requisito legal de la norma aplicada.*

#### **Análisis del equipo auditor**

Se aclara que en términos del Sistema de Gestión de la Calidad, la No Conformidad potencial hace alusión a aquel requisito que se cumple actualmente, pero que en un futuro y bajo las condiciones actuales de la Entidad pueden convertirse en una no conformidad. Por consiguiente se deben implementar acciones preventivas que permitan minimizar los riesgos a que se está expuesto el proceso.

Los planes son registros que se establecen para dar cumplimiento a las actividades formuladas dentro de unos términos establecidos y por lo tanto los datos registrados no pueden presentar inconsistencias, toda vez que se constituyen en la evidencia de una serie de actividades adelantadas.

Igualmente, la NTCGP1000-2009, establece en el requisito 4.2.4 Control de los registros, que los “registros deben establecerse y mantenerse para proporcionar evidencia de la conformidad con los requisitos así como de la operación eficaz, eficiente y efectiva del sistema de gestión de la calidad. Los requisitos deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables....”

Por lo anterior, se mantiene la No Conformidad



|   |                                     |  |          |
|---|-------------------------------------|--|----------|
|   |                                     | Potencial.   |          |
| 3 | 1.2.1 Planes, Programas y Proyectos | <p><b>No Conformidad Potencial:</b> Se verificó el cumplimiento de la actividad "Ampliar e institucionalizar el mecanismo de evaluación de la atención al ciudadano – Generar informe con recomendaciones de mejora" y según el reporte consolidado del cuarto trimestre de 2016 presenta un cumplimiento del 90%, sin embargo no se pudo constatar con documentos soporte este resultado, toda vez que solamente se aportaron tres archivos correspondientes a la atención brindada por el canal telefónico con la línea 143 y en centros comerciales, no se incluyeron los canales escrito, presencial y web, así mismo no se dio a conocer el informe con recomendaciones de mejora.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> Se acepta como una observación y no como una No Conformidad Potencial en razón a que no se está incumpliendo un requisito legal de la norma aplicada.</p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>En términos del Sistema de Gestión de la Calidad, la No Conformidad Potencial hace alusión a aquel requisito que se cumple actualmente, pero que en un futuro y bajo las condiciones actuales de la Entidad pueden convertirse en una no conformidad, en consecuencia se deben implementar acciones preventivas que permitan minimizar los riesgos a que se está expuesto el proceso.</p> <p>Por lo anterior, se mantiene la No Conformidad Potencial.</p> | NCP (2)  |
| 3 |                                     | <p><b>Proyecto de Inversión</b></p> <p><b>Observación 16:</b> En relación al proyecto 1201-Modernización para el fortalecimiento integral de la Personería de Bogotá, se observó que la meta "1. Adquirir y/o alquilar 531 unidades entre equipos de cómputo, impresoras, escáner y servidores" no se cumplió a cabalidad con lo programado, evidenciando un 71.78% en la ejecución, quedando un saldo por ejecutar de ciento nueve millones ciento treinta y tres mil</p>   | OBS (13) |



cuatrocientos cincuenta y nueve pesos (\$ 109.133.459), evidenciándose una falta de planeación de tal manera que no se impacten en forma negativa los recursos asignados por falta de ejecución en los mismos.

**Respuesta responsable del proceso:** Frente a esta observación es importante empezar por indicar que el proyecto de inversión "Modernización para el fortalecimiento integral de la Personería de Bogotá", se formuló por la actual administración para el periodo constitucional 2016-2020, el cual inició el 25 de mayo de 2016 con la posesión de la señora Personera Distrital Doctora Carmen Teresa Castañeda Villamizar.

La inscripción en el Banco Distrital de Programas y Proyectos de la Secretaría Distrital de Planeación de los proyectos de inversión de la nueva administración se realizó el 1 de julio de 2016. En lo que respecta puntualmente al proyecto "Modernización para el fortalecimiento integral de la Personería de Bogotá" el registro, entendido como el momento a partir del cual el proyecto está listo para su ejecución<sup>1</sup>, se produjo el 18 de julio de la misma anualidad.

Previamente la Secretaría Distrital de Planeación - Subsecretaría de Planeación de la Inversión, mediante comunicación radicada en esta entidad el 8 de julio de 2016 emitió concepto favorable al traslado en el presupuesto de inversión que fue solicitado por la Personería de Bogotá, quedando así perfeccionado el proceso de armonización del presupuesto en ejecución con el nuevo Plan de Desarrollo Distrital.

Ahora bien, para la debida ejecución del proyecto, en términos de resultados cuantificables se previó como una de las metas del mismo la de **"Adquirir y/o alquilar 531 unidades entre equipos de cómputo, impresoras, escáner y servidores"**. **Está medida corresponde a la magnitud total de elementos a adquirir durante el cuatrienio, es decir el resultado medible que se espera obtener al final de la gestión de la presente administración en términos de esta meta.**

En la vigencia 2016, se programaron recursos para la meta **"Adquirir y/o alquilar 531 unidades entre equipos de cómputo, impresoras, escáner y servidores"** por la suma de \$386.707.539, como se evidencia en el Plan de Acción de inversión "Bogotá Mejor para todos" 2016-2020.

En lo que respecta al porcentaje no ejecutado cabe



realizar las siguientes anotaciones.

*La Dirección de TICs inicialmente presentó solicitud de contratación el 14 de octubre de 2016 para que se adquirieran equipos de cómputo, impresoras y escáner, la cual fue posteriormente reestructurada por esa misma dependencia en cuanto a la cantidad de los bienes solicitados, dada la disponibilidad de los recursos existentes, y debido además a que era necesario modificar algunas de las cotizaciones allegadas que no cumplían con las condiciones requeridas. Por ello, la Dirección de TICs radicó nuevamente la solicitud de necesidad el 04 de noviembre de 2016, con el fin de que se iniciara el proceso de contratación respectivo.*

*La Dirección Administrativa y Financiera, luego de haber revisado la viabilidad de la necesidad de contratación frente a la disponibilidad de recursos, por conducto de la Subdirección de contratación dio inicio al proceso de selección mediante subasta inversa, para lo cual se realizaron los estudios y documentos previos, con base en los cuales se estableció el presupuesto oficial para dicho proceso contratación y se asignó la correspondiente partida presupuestal.*

*El estudio previo, el proyecto de pliego de condiciones y el aviso de convocatoria fueron publicados el 1 de diciembre de 2016. Dentro del plazo previsto en el cronograma del proceso del 1 al 12 de diciembre de 2016 se recibieron y absolvieron las observaciones presentadas al proyecto del pliego de condiciones. El 13 de diciembre de 2016 se dio apertura al proceso de selección y se publicó el pliego de condiciones definitivo. El 15 de diciembre de 2016, dentro del plazo previsto, se dio respuesta a las observaciones formuladas al pliego de condiciones por los interesados, y el 19 de diciembre tuvo lugar el recibo, cierre y apertura de las dos (2) propuestas presentadas<sup>2</sup>.*

*Cumpliendo con el cronograma del proceso, previa designación del comité evaluador, el 19 de diciembre se efectuó la verificación de requisitos habilitantes de los proponentes y se les requirió para que subsanaran los aspectos indicados por el comité evaluador.*

*El 21 de diciembre de 2016 el comité evaluador presentó el resultado de la verificación de los requisitos habilitantes en los aspectos jurídicos, técnico, de experiencia y financiero, concluyéndose que ninguno de los oferentes se encontraba habilitado. El resultado de la evaluación fue el siguiente:*



| PROponentes                           | VERIFICACIÓN JURÍDICA | VERIFICACIÓN FINANCIERA | VERIFICACIÓN TÉCNICA Y DE EXPERIENCIA |
|---------------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| MAKROSYSTEM COLOMBIA SAS              | NO CUMPLE             | CUMPLE                  | NO CUMPLE                             |
| UNIPAR ALQUILERES DE COMPUTADORES SAS | CUMPLE                | CUMPLE                  | NO CUMPLE                             |

Es importante señalar que de acuerdo con la normatividad contractual, la verificación y el cumplimiento de requisitos habilitantes de los oferentes es una obligación derivada del deber de selección objetiva, y solo aquellos oferentes habilitados pueden continuar en el proceso de selección y ser evaluadas sus ofertas. Al respecto Colombia Compra Eficiente ha señalado: "Los requisitos habilitantes miden la aptitud del proponente para participar en un Proceso de Contratación como oferente y están referidos a su capacidad jurídica, financiera, organizacional y su experiencia. El propósito de los requisitos habilitantes es establecer unas condiciones mínimas para los proponentes de tal manera que la Entidad Estatal sólo evalúe las ofertas de aquellos que están en condiciones de cumplir con el objeto del Proceso de Contratación. El proponente es quien debe presentar los documentos para acreditar los requisitos habilitantes en un Proceso de Contratación. Los requisitos habilitantes siempre se refieren a las condiciones de un oferente y nunca de la oferta. ..."<sup>3</sup>

En el presente caso, no obstante no estar habilitados los oferentes, con fundamento en lo preceptuado en el párrafo No. 1 del artículo 5 de la Ley 1150 de 2007, específicamente respecto de la posibilidad de subsanar los documentos presentados para acreditar los requisitos habilitantes, en el informe de evaluación que fue publicado en el SECOP se les advirtió a los **proponentes que por tratarse de un proceso de selección con subasta podían subsanar y acreditar el cumplimiento de los requisitos de habilitación hasta antes de iniciar la misma (la subasta).**

Durante el traslado del informe de evaluación de requisitos habilitantes, no se presentaron observaciones por los proponentes.

Llegada la fecha y hora prevista en el cronograma del proceso para la realización de la audiencia de adjudicación no se hizo presente ningún proponente, así como tampoco se subsanaron por los mismos los requisitos solicitados.



Con fundamento en lo anterior, se expide entonces la Resolución 158 de 30 de diciembre de 2016 por medio de la cual se declaró desierto el proceso de selección abreviada por subasta inversa PB-PSASI-007-2016, dada la inobservancia por los oferentes de los requisitos habilitantes, lo que condujo además al rechazo de las ofertas, pues como se señaló previamente sin el cumplimiento de estos requisitos no era posible la evaluación de propuestas.

Es importante señalar que con anterioridad al desarrollo del **Proceso de Selección Abreviada por Subasta Inversa No. PB-PSASI-007-2016**, en el marco del proyecto de inversión "Modernizar y fortalecer los procesos misionales y de apoyo de la Personería de Bogotá", registrado por la entidad durante la vigencia del Plan de Desarrollo 2012 – 2016 "Bogotá Humana", se dio apertura, el 17 de mayo de 2016, al proceso de selección abreviada por subasta inversa PB-PSASI-001-2016 cuyo objeto era "Adquisición de equipos de cómputo, portátiles, monitores, impresoras multifuncionales, escáneres, plotter, impresora a color y licencias de la suite ofimática para la Personería de Bogotá".

Durante el desarrollo del proceso se presentaron observaciones al Pliego de Condiciones Definitivo que dio lugar a las aclaraciones publicadas el 24 de mayo de 2016, y la entidad resolvió hacer uso de la facultad de revocatoria directa y mediante Resolución 057 de 10 de junio de 2016 revocó la Resolución 044 de mayo 17 de 2016, por medio de la cual se ordenó la apertura del proceso de contratación PB-PSASI-001-2016, terminando de esta manera el proceso de selección que se había iniciado.

Ahora bien, como se explicó en precedencia, durante el período comprendido entre mayo y julio de la vigencia fiscal 2016 tuvo lugar el proceso de formulación de los proyectos de inversión para la vigencia 2016-2020, así como el de armonización presupuestal con el nuevo Plan Distrital de Desarrollo 2016-2020 "Bogotá Mejor para Todos", en el marco de lo cual fue necesario por las dependencias reformular las necesidades de contratación, atendiendo a la proyección de las necesidades concretas y priorizadas de cada una, de manera que pudieran responder a las estrategias y orientaciones del Plan Operativo Anual (POA) y del Plan Estratégico Institucional (PEI) y de los nuevos proyectos de inversión.

Por consiguiente, consideramos que en el caso de la situación expuesta en la observación 16, lejos de existir falta de planeación, lo que se dio en el desarrollo de la gestión contractual fue un trabajo de programación, coordinación, análisis de las necesidades y preconcepción frente a la mejor manera de atenderlas, puesto que, precisamente en



|          |  |   |               |
|----------|--|---|---------------|
|          |  | <p><i>acatamiento del principio de planeación "el contrato estatal no puede ser una aventura, fruto de la improvisación (...)"</i><sup>4</sup></p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>Una vez analizada la respuesta aportada, se establece que la Entidad efectivamente adelantó las actividades que conllevará a realizar la ejecución de los recursos del proyecto a través del proceso contractual correspondiente, sin embargo no se previó el tiempo que se tenía para realizar la contratación como tampoco se tuvieron en cuenta los riesgos a que se está expuesto cuando se adelanta el proceso contractual, lo que impidió cumplir a cabalidad con la ejecución de los recursos asignados al proyecto dentro de la vigencia, por consiguiente se mantiene la observación.</p>  |               |
| <p>3</p> |  | <p><b>Proyecto de Inversión</b></p> <p>Se observó en los contratos de prestación de servicios que desarrollan la ejecución de los proyectos de inversión No. 860 de 2016 en el marco del proyecto 1203 - <i>Servicio integral a la ciudadanía</i>, contrato No. 958 de 2016 y contrato No. 950 de 2016 en el marco del proyecto 1202 - <i>Promoción y Defensa de los Derechos Humanos</i>, encontrándose que tanto el objeto del contrato como las obligaciones contractuales, no todas apuntan al cumplimiento de las metas del proyecto de inversión, así mismo, al validar las evidencias de ejecución, los soportes de entrega final de los informes que aparecen en el SECOP, no corresponden a la meta del proyecto propuesto.</p> <p>Una vez analizada la respuesta allegada por el equipo auditado, se determinó que en el contrato de prestación de servicios No. 860 de 2016 que se desarrolla en el marco de ejecución del proyecto de inversión No. 1203 "<i>Servicio integral a la ciudadanía</i>" y en los contratos de prestación de servicios No. 950 y 958 de 2016 suscritos en el marco del Proyecto de inversión No. 1202 "<i>Promoción y Defensa de los Derechos Humanos</i>", tanto el objeto como las obligaciones de los respectivos contratos, apuntan al cumplimiento de las metas del</p> | <p>C (10)</p> |



|   |                              |  |          |
|---|------------------------------|--|----------|
|   |                              | proyecto de inversión en mención. Por lo anteriormente expuesto, la Observación (OBS) pasa a Conformidad (C).  |          |
| 3 | 1.2.4 Indicadores            | <p><b>Observación:</b> Se constató que se elaboraron las hojas de vida de los indicadores, sin embargo los indicadores de gestión diseñados para medir el cumplimiento del objetivo de los procesos, la mayoría miden el cumplimiento de lo ejecutado / lo programado, sin contar con indicadores que permitan medir la eficiencia y efectividad en cumplimiento de los objetivos propuestos.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> <i>Se acepta como una recomendación más no como observación, en razón a que los procesos cuentan con indicadores asociados a las tres categorías de indicadores (eficacia, eficiencia y efectividad).</i></p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>La Entidad estableció indicadores que permiten medir el cumplimiento de las actividades de acuerdo a lo programado, sin embargo como se enunció en la observación no se establecieron indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad como lo establece el MECI en sus productos mínimos. Por consiguiente se mantiene la observación.</p> | OBS (14) |
| 3 | 1.2.4 Indicadores            | <p><b>Observación:</b> Se estableció que los responsables de los procesos entregan un reporte de análisis de indicadores, el cual se hace de una manera independiente, lo que no permite visualizar de una forma integral, si el resultado del indicador de gestión midió el cumplimiento del objetivo del proceso con base en las actividades y metas programas vrs lo ejecutado, toda vez, que el análisis del indicador solamente se da en términos cuantitativos, programado vrs lo alcanzado, sin que ello permita obtener resultados de efectividad.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> <i>Se acepta la observación</i></p>  | OBS (15) |
|   | 1.2.5 Políticas de Operación | En relación a las políticas de operación como elemento de control, se estableció que en la vigencia 2016 el formato de la caracterización de los procesos contenía el registro de las  | C(11)    |



|  |   |   |         |
|--|---|---|---------|
|  |   | <p>políticas, sin que se pudiera establecer si durante la vigencia se presentaron nuevas políticas o modificaciones a las registradas. Sin embargo, como acción de mejora se modificó este formato para la vigencia 2017, el cual permite mantener actualizada las políticas de operación de los procesos a través de un vínculo externo, lo cual evita que cada vez que se modifiquen las políticas se tenga que actualizar también la caracterización de los procesos.</p>  |         |
|  | 1.3 Componente administración de riesgos    | <p><b>Observación:</b> En relación a la difusión del Manual de Políticas de Administración del Riesgo en su primera versión, la difusión se efectuó a través de la circular 02 de 26 de agosto de 2015 enviada por correo masivo. Sin embargo, con la actualización efectuada en el mes de abril de 2016, no se evidenció ningún soporte sobre la divulgación del documento actualizado.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> <i>Se acepta la observación</i></p>   | OBS(16) |
|  | 2.1.1 Auto Evaluación del Control y Gestión | <p><b>Observación:</b> Con base en la información proporcionada por funcionarios que se entrevistaron de los procesos de Gestión Jurídica y el misional de Revisión a la Gestión Pública, se constató que a la fecha, la Entidad no ha implementado una herramienta que permita a los responsables de procesos con sus equipos de trabajo realizar la Autoevaluación a la Gestión de una manera integral y estandarizada, con el fin de verificar el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, medir los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, la eficacia de los controles, entre otros, para la toma de acciones relacionadas con la corrección o el mejoramiento del desempeño.</p> <p><b>Respuesta responsable del proceso:</b> <i>No se acepta la observación toda vez que existe el formato 15-RE-01 Autoevaluación a la gestión. Sin embargo se acepta como sugerencia revisar el contenido de la misma.</i></p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> | OBS(17) |



|  |  |   |                 |
|--|--|---|-----------------|
|  |  | <p>De acuerdo a la respuesta presentada, el equipo auditor determina que efectivamente la Entidad tiene implementado el formato 15-RE-01 Autoevaluación para la Revisión Gerencial, sin embargo en la respuesta brindada no se aclaró, sí en los procesos de Gestión Jurídica y el misional de Revisión a la Gestión Pública, se realizó la autoevaluación a la gestión para la vigencia 2016.</p> <p>Por otra parte, analizado el contenido del formato referido no se incluyen todos los elementos que deben hacer parte de una autoevaluación como lo establece el MECI en 2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión, por consiguiente se mantiene la observación.</p>  |                 |
|  | <p>2.1.1 Auto Evaluación del Control y Gestión</p> | <p><b>Observación:</b> No se evidenció que la Entidad cuente con una herramienta o metodología que le permita realizar Autoevaluación al Control, teniendo en cuenta que se constituye en un elemento de control para la mejora continua dentro del Modelo Estándar de Control Interno, ya que dinamiza la forma como es desarrollado el control interno en la Entidad.</p> <p><b>Repuesta responsable del proceso:</b> <i>Los controles se encuentran en los mapas de riesgos de gestión, los cuales existen y se monitorean semestralmente, por lo anterior No se acepta la observación.</i></p> <p><b>Análisis del equipo auditor</b></p> <p>En relación al elemento de Autoevaluación al control, en la respuesta que se brinda no se hace referencia a la herramienta o mecanismos que se tienen implementados para efectuar la auto evaluación al control, teniendo en cuenta que su estructuración y desarrollo permite a los servidores de todos los niveles participar en la evaluación del control interno, evaluar los riesgos, desarrollar planes de acción para identificar las debilidades y de evaluar la probabilidad de lograr los objetivos de la entidad, por lo tanto se mantiene la observación.</p> | <p>OBS (18)</p> |
|  | <p>2.3 Plan de Mejoramiento</p>                    | <p><b>Observación:</b> Al verificar el plan de mejoramiento del proceso de Mejora Continua,</p>   | <p>OBS (19)</p> |



se evidenció que no se dio cumplimiento en el tiempo programado la acción Mejorar la herramienta (cuadro de mando integral) con un desarrollo más robusto que funcione como una aplicación web dispuesta en la nube a través de la cual se pueda alimentar los indicadores directa y simultáneamente por cada responsable del indicador, por cuanto en el reporte del cuarto trimestre, se presenta un resumen del avance pero se concluye: "se están plantando algunas ideas desde la dirección de planeación para trabajar de la mano con la Dirección de TIC de la Entidad para desarrollar un sistema de información que no genere costo, pero que permita tener la información en tiempo real y se presenta un avance del 80%, que frente al indicador no refleja la evidencia de uso: el aplicativo se encuentra en la intranet y es utilizado por todos los procesos Si /No.

**Respuesta responsable del proceso:** Se acepta la observación

### (13) RECOMENDACIONES:

1. Al definir y elaborar los Planes Operativos de cada vigencia se deben establecer por procesos, conforme a lo que establece la Norma Técnica de Calidad –GP1000-2004 y el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno – MECI – 2014.
2. Se recomienda efectuar una revisión al manual de la calidad, con el fin de que se incluya o referencien los procedimientos obligatorios del Sistema de Gestión de la Calidad, que exige la NTCGP- 1000:2009, requisito 4.2.2 Manual de la Calidad, literal b).
3. Se hace necesario que la Entidad realice medición a los objetivos de la calidad, los cuales deben ser medibles y coherentes con la Política de la Calidad, conforme lo establece la Norma NTCGP 1000:2009, requisito 5.4.1 Objetivos de la Calidad.
4. Se hace necesario que las actas de reunión que son registros y constituyen en la evidencia de los temas tratados, fecha de la reunión, hora y participantes, se deben establecer mecanismos de control que permita minimizar los riesgos a que pueden estar expuestos en general los registros de los procesos de conformidad con la NTCGP1000-2009, requisito 4.2.4 Control de los registros.
5. La normatividad interna, como los procedimientos y políticas adoptadas por la entidad deben ser de estricto cumplimiento por parte de los servidores de la Entidad, por lo que se recomienda efectuar socializaciones periódicas de estos instrumentos a los servidores.
6. Se recomienda socializar e implementar el procedimiento de producto y/o servicio no conforme a los responsables de los procesos y servidores, con el fin de que se dé un tratamiento a los productos y /o servicios no conformes que se detecten en el desarrollo



de los procesos y se tomen las acciones necesarias que permita eliminar las causas que los originan y se tengan los registros, como lo establece la NTC GP 1000- 2009. Requisito 8.3 Control del Producto y/o Servicio No Conforme, literal a), b) y c).

7. Se recomienda efectuar una revisión a los principios y valores éticos de la Entidad, donde se haga participe a los servidores para que con su conocimiento, análisis y aplicación permita tener un empoderamiento de los mismos y esto se vea reflejado en sus actuar, como lo establece el MECI en el elemento 1.1.1 Acuerdos, compromisos y protocolos.

8. Cuando se realicen modificaciones a los planes institucionales, se requiere dejar los registros que permitan evidenciar las causas que conllevaron a realizar los ajustes pertinentes.

9. Es necesario que cuando se estructuren los planes, programas y proyectos de los procesos, se establezcan metas que cumplan con las características de ser específicas, cronológicamente limitadas, realistas y relevantes. Así mismo, no se pueden prescindir de ellas, en razón a que permiten dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

10. La Entidad debe consolidar y divulgar los resultados de la gestión de los procesos, por lo que se hace necesario que se fortalezcan los mecanismos de Autoevaluación y control de la gestión que permitan evitar los riesgos que puedan llegar afectar la toma de decisiones, la imagen institucional, generar hallazgos por parte de los órganos de control y observaciones a través del control ciudadano.

11. Es pertinente que los responsables de los procesos definan indicadores que permitan medir el cumplimiento de los objetivos propuestos en términos de eficiencia, eficacia y efectividad. Así mismo, que se realice por parte de los responsables de los procesos seguimiento y análisis a las metas e indicadores de manera periódica que conlleve a la toma de decisiones para evitar desviaciones.

12. Con el propósito de que se cumplan las actividades, metas e indicadores que se establezcan en los proyectos de inversión a través de la ejecución de los recursos asignados, se recomienda tener en cuenta en la planificación del proyecto, los tiempos previstos para su ejecución para que se ajusten a la anualidad correspondiente y a los términos que establece el marco normativo del proceso contractual y los riesgos que pueden generarse en las etapas pre y pos contractual que impida cumplir a cabalidad con la ejecución de los recursos asignados al proyecto dentro de la vigencia.

13. La Entidad de propender por la implementación de acciones preventivas en el desarrollo de los procesos, lo cual permitirá mitigar los riesgos. Así mismo, a través del fortalecimiento del elemento de control de la Autoevaluación, permitirá que los responsables de los procesos con sus equipos de trabajo, realicen autoevaluación a la gestión de una manera integral, verificando el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, medir los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, la eficacia de los controles, entre otros, para la toma adecuada de decisiones relacionadas con la prevención y el mejoramiento continuo de los procesos.



(14) NÚMERO DE OBSERVACIONES:

**DIECINUEVE (19)**

(15) FORTALEZAS:

1. Los procesos de Dirección y Planeación Estratégica y Mejora Continua cuentan con el compromiso de la Alta Dirección en la implementación y desarrollo del Sistema Integrado de Gestión SIG a través de la asignación de los recursos, seguimiento, mantenimiento y mejora del sistema.

2. Los procesos de Dirección y Planeación Estratégica y Mejora Continua cuenta con la documentación obligatoria aprobada de acuerdo a las normas y requisitos implementados en el marco del Sistema Integrado de Gestión SIG de la Personería de Bogotá D.C.

3. Disposición del responsable del proceso y de los funcionarios de la Dirección para la realización de auditoría.

4. Se evidencia, por parte de los auditados, un conocimiento general del proceso, conocen los objetivos, los procedimientos, formatos y demás documentos asociados.

5. Los procesos de Dirección y Planeación Estratégica y Mejora Continua cuenta con un equipo profesional, interdisciplinario comprometido con el logro de los objetivos institucionales.

6. Fortalecer las estrategias que permitan un mejor control y seguimiento de los procesos especialmente con la adopción de la nueva Plataforma Estratégica de la Personería de Bogotá D.C., en la implementación, consolidación y desarrollo del Modelo Integrado de la Personería de Bogotá D.C., MIPER

(16) OPORTUNIDADES DE MEJORA:

(17) NÚMERO DE NO CONFORMIDADES:

**SEIS (6) Y POTENCIALES DOS (2)**

(18) CONCLUSIONES:

1. Una vez realizada la auditoría integral a los procesos de Dirección y Planeación Estratégica y Mejora Continua por parte de la Oficina de Control Interno, tomando como referencia los hallazgos y las evidencias verificadas por parte de la OCI se concluye, que con el del ejercicio de auditoría se ha evidenciado un avance significativo en la consolidación del Sistema Integrado de Gestión de la Personería de Bogotá D.C., en el marco del Mejoramiento Continuo.

2. La implementación, consolidación y desarrollo del Modelo Integrado de la Personería de Bogotá D.C., MIPER permitirá fortalecer estrategias para un mejor control y seguimiento de los procesos aprovechando los resultado de la auditoría especialmente en la adopción de la nueva Plataforma Estratégica de la Personería de Bogotá D.C.

3. El direccionamiento estratégico se está armonizando con las políticas y directrices establecidas por la Alta dirección, con el fin de prestar un servicio con calidad en cumplimiento de la labor institucional.



(19) FIRMA:  
AUDITOR (ES)

(20) APROBO:  
JEFE OFICINA CONTROL  
INTERNO