

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 1 de 46 |

1. **Proceso Atención al ciudadano:** Se observan cuatro (4) riesgos administrativos así:

| ESTRATEGICOS | | | | | | |
|---|--|--------------------|--|--|---|--|
| ATENCIÓN AL CIUDADANO | | | | | | |
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | ADMINISTRATIVOS | SEGUIMIENTO |
| falta de aplicación de las encuestas de satisfacción al ciudadano. | Registro de reunión. acta. Informe de satisfacción al ciudadano. | Trimestral | 1. Informe de satisfacción al ciudadano primer trimestre 2019. 2. Muestra de encuestas aplicadas a diferentes ciudadanos en las secretarías y/o dependencias de la gobernación de santander. | 100% | 1. Copia registro de asistencia reunión capacitación, "aplicación de encuestas de satisfacción del ciudadano" con fecha 29 de junio de 2019. 2. Copia informe de satisfacción del ciudadano primer trimestre 2019, con su respectiva estructura, ficha técnica y resultados. | En el informe de satisfacción del ciudadano se presenta novedad en los meses de enero y febrero de 2109 en los que no se tomaron muestras debido a la falta de personal, por tal motivo se trabajó la encuesta con base en la información recolectada en el mes de marzo de 2019, con una calificación del "rango adecuado". |
| Falta de seguimiento a los procesos vencidos | Informe de seguimiento y evaluación. Actas de seguimiento | Mensual/Trimestral | 1. Informe mensual y trimestral de PQRSD. 2. Cronograma de seguimientos. 3. Actas de visita de seguimientos. | 1. informes presentados al año /total de informes solicitados en el año *100 | 1. Copia informe mensual y trimestral de PQRSD. 2. Copia cronograma de seguimientos del mes de mayo y junio de 2019. 3. Muestra de actas de visita de seguimiento. | Se evidencia el informe de seguimiento a las PQRSD con sus respectivas conclusiones y recomendaciones a todas las áreas para el mejoramiento en el uso del sistema FOREST con el fin de ser mas eficientes en la prestación de los servicios. |
| Imposibilidad de prestar el servicio en línea de cara al ciudadano. | Informes de seguimiento del mantenimiento preventivo y correctivos del DATA CENTER y de la RED. | Mensual | Informe de sistemas. | 100% | Copia informe de seguimiento del mantenimiento preventivo y correctivo de DATA CENTER y de la RED | En el informe se evidencia el respectivo reporte de las revisiones y monitoreos realizados a la RED durante el periodo julio 2018 a junio 2019. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | * Visitas semanales a las diferentes secretarías o dependencias para el seguimiento de respuesta de las PQRSD * Llamadas telefónicas y correos electrónicos | Mensual | 1. Procedimiento recepción y radicación PQRSD. 2. Forest- sistema de gestión de procesos y documentos. 3. Indicadores dirección de atención al ciudadano. 4. Decreto 138 de 2016 5. Actas de visita de seguimientos y cronogramas. | PQRSD visitadas con incumplimiento/total de PQRSD visitadas | Anexo de copias de cronograma de visitas de los meses de mayo y junio de 2019. Copias muestras de actas de seguimiento de los meses de mayo y junio de 2019. | En el campo de la acción de mitigación debe ir la descripción que está relacionada en la última versión de actualización del mapa (18/01/2018) . Durante el periodo 2019 se realizaron las diferentes visitas y seguimientos. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 2 de 46 |

2. **Proceso Planificación estratégica; secretaría de planeación:** Se observan nueve (9) riesgos administrativos así:

| PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA/ SECRETARÍA DE PLANEACIÓN | | | | | | |
|--|---|--------------|---|--|---|---|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | ADMINISTRATIVOS | SEGUIMIENTO |
| Ausencia de información integral consolidada, para elaboración del Plan de Desarrollo Departamental. | Consolidar el informe de ejecución del cuatrienio del Plan de Desarrollo del Gobierno anterior con indicadores de línea base. | Anual | Informe de Gestión consolidado de todas las dependencias con corte a 30 de Abril de 2019. En la Página de la Gobernación en el siguiente link: http://www.santander.gov.co/index.php/documentos-planeacion/send/1842-seguimiento-plan-de-desarrollo/17694-informe-ejecucion-fisico-y-financiero-del-plan-de-desarrollo-departamental-corte-30-de-abril-2019 (Anexo No. 1) | Informe de la ejecución del cuatrienio generado | Copia informe de gestión con corte al 30 de abril de 2019. | Presentación informe consolidado del PDD con sus respectivos porcentajes de ejecución para el periodo 2018 y cuatrienio. |
| Desarticulación de los objetivos y metas de la visión Santander 2030 y de los lineamientos y directrices de ordenamiento territorial, en la formulación de los Planes sectoriales, prospectivos y de desarrollo territorial. | Realizar una capacitación a las secretarías | Anual | Socialización de resultados del Alistamiento (28 de julio de 2018) y del Diagnóstico del Plan de Ordenamiento Departamental 28 de junio de 2019 ante el CONPOS, la CAS y los municipios del Departamento (Anexo No. 2) y cargue de información de avance en la Página Web: www.podsantander.com . Socialización de Plan de Desarrollo Integral del área de influencia del Embalse Topocoro 25 de junio de 2019 (Anexo No. 3). | No. Personas capacitadas por secretaría | Copia socialización del alistamiento (28 de julio 2018). Copia diagnóstico del POD 28 junio de 2019. | Socialización del diagnóstico del POD ante el CONPOS y del plan de desarrollo integral del área de influencia del embalse Topocoro. |
| Inconsistencias y/o incumplimiento de términos, en la información suministrada para la generación de informes del seguimientos y evaluación del PDD | Realizar una capacitación en la metodología de Seguimiento al PDD Realizar mesas de trabajo con las secretarías. | Bimestral | El equipo de Seguimiento y Evaluación de la Secretaría de Planeación ha realizado reuniones con los enlaces de las dependencias para asesorar el reporte de avances en el PDD, programación de metas y modificaciones del PDD. Ajustando el Plan Indicativo, Plan Operativo Anual y Plan de Acción. (Anexo No. 4) | Numero de personas capacitadas No de mesas de trabajo realizadas | Copia registro de asistencia a reuniones. | Se han realizado las respectivas reuniones para el análisis, metodología y seguimiento del PDD. |
| Desactualización en la regulación vigente | Socialización de cambios o actualizaciones en la normatividad en Comités Técnicos | Bimestral | Reuniones MIPG, proceso de Empalme y Comité Técnico con Directores y Coordinadores. (Anexo No. 5) | Socialización realizada en comité técnico de la Secretaría de Planeación. | Copias Planillas de asistencia a capacitaciones de Política de admistración del riesgo, MIPG y manual de supervisión. | Se ha realizado las diferentes actualizaciones de la normatividad. |
| Escasa difusión de la información sobre aspectos de Cooperación Internacional hacia todas las partes interesadas | Creación del link de Cooperación Internacional con contenidos generales en la pagina web de la Gobernación | Semestral | La información de Cooperación Internacional se encuentra en el link: http://www.santander.gov.co/index.php/sobre-cooperacion-internacional/descripcion y en la Página de Facebook: Twitter e Instagram: Redes Sociales Facebook: Oficina Cooperación Internacional de Santander Twitter: @CIGOVsantander Instagram: @cigovsantander | Un (1) link de Cooperación Internacional creado en la pag Web de la Gobernación. | Copias Difusiones de cooperaciones. | Durante el periodo 2018 y 2019 se han realizado las respectivas difusiones de la información sobre aspectos de cooperación en los distintos medios de comunicación. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 3 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|---|--|--------------|---|--|--|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Administrativos | | | | | | |
| Pérdida de oportunidades académicas, empresariales, culturales, educativas entre otras, que se derivan de las visitas de las misiones diplomáticas. | Acto administrativo que establezca un protocolo de acción para la visita de Embajadas | Anual | Se realizó una articulación hacia el interior de la organización, que ha permitido establecer los roles a desarrollar por cada actor; logrando que se aprovechen las oportunidades; así en los eventos de visita de Embajadores organizados por el Grupo de Cooperación Internacional, siempre se ha contado con el apoyo de la Oficina de Protocolo del Despacho del Señor Gobernador, y mínimo con la presencia de un Secretario de Despacho. Se ha acompañado en la firma de acuerdos de carácter académico con Universidades Polacas y la concesión de becas por parte del Gobierno de la India, Convenio con el Gobierno de Holanda, Convocatorias del Gobierno de China, Japón y Corea del Sur. | Una (1) circular indicando las directrices a seguir cuando se presenten visitas de Embajadas. | Evidencias de las visitas de los diferentes emabajadores y delegados de los países. Copia de las convocatorias. | Se tomaron acciones para el recibimiento de las delegaciones de los diferentes países para las firmas de acuerdos de carácter académico y la concesión de becas con las respectivas convocatorias. |
| Poca capacidad instalada en cuanto a personal que maneja temas de Coop. Internacional | Acto administrativo dirigido a las secretarías de despacho. | Anual | Se realizó una difusión personalizada a cada Secretaria de los eventos programados, a la par que se entregaba la respectiva circular. En este sentido, funcionarios de las diferentes Secretarías han sido invitados y han participado en eventos convocados por el Grupo de Cooperación Internacional. Ej: Taller Hydrobid; Socialización Pag. Web Cooperación Internacional y socialización de las diferentes convocatorias por internet y redes sociales. | Una (1) circular indicando la importancia de asignar personal de carrera administrativa, a temas de Cooperacion Internacional. | No se evidencia copia de circular ni medio de socialización. | Se relaciona la labor efectuada con respecto a la acción de mitigación pero no se encuentran copias de las evidencias. |
| Escasa participacion de las secretarías de despacho en las ofertas de convocatorias socializadas por la Oficina de Cooperacion Internacional | Directriz del Sr. Gobernador hacia a las secretarías de despacho, resaltando la obligatoriedad de participar como mínimo en dos (2) convocatorias anuales socializadas previamente por la Oficina de Cooperacion Internacional | Anual | Por medio de personal especializado del Grupo de cooperación Internacional, se han socializado oportunidades de aplicar por parte de diferentes Secretarías, a convocatorias/cursos cortos ofrecidos por la Cooperación Internacional y con la socialización de las convocatorias en la página Web de la Gobernación, por e-mail y redes sociales, se ha aumentado la participación y se ha presentado una buena recepción por parte de las Secretarías de Despacho. | #convocatorias aplicadas/#convocatorias socializadas | Copia convocatorias. | Se relacionan y socializan las diferentes convocatorias. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo | Realizar acciones de seguimiento bimestral al cumplimiento del Plan de Acción | Bimestral | Informe de Gestión consolidado a 30 de Diciembre de 2018. En el siguiente link: Y consolidado a Febrero y Abril 30 de 2019. http://www.santander.gov.co/index.php/documentos-planeacion/send/1842-seguimiento-plan-de-desarrollo/17694-informe-ejecucion-fisico-y-financiero-del-plan-de-desarrollo-departamental-corte-30-de-abril-2019 | Metas cumplidas/metras programadas | Link, cumplimiento de metas PDD. | Según informe presentado en el link, la ejecución física de las 52 metas de la secretaría, tiene un cumplimiento del 46.93% a vigencia 2019 y un 93.07% al cuatrienio. El avance en la ejecución financiera con corte al 30 de abril de 2019 es del 53.68%. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 4 de 46 |

3. **Proceso Sistemas Integrados de Gestión:** Se observan los informes de:

3.1. **Sistemas Integrados de Gestión – SIG:** Presenta siete (7) riesgos administrativos, en los cuales 3 riesgos no presentaron evidencias, así:

| SISTEMA INTEGRADO DE GESTION | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|--|---|---|---|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| No Control de Documentos | 1. Revisión y actualización de los documentos del SIG. 2. Publicar los cambios en el SIG. 3. Comunicar los cambios documentados en la INTRANET a través de NOTASIG. | Semestral Cada vez que se requiera | 1- La revisión y actualización de los documentos del SIG se ha realizado durante todo el período y cada vez que se requiere, las evidencias se encuentran en cada uno de los elementos de los procesos publicados en la intranet. 2- Los documentos se publican cada vez que se requiere en la intranet, en cada documento se encuentra la fecha de publicación. 3-Se anexa circular 034 de 2018 expedida por la Secretaria General donde se da la instrucción de no descargar ningún software en los equipos de Cómputo de la Gobernación. Para realizar el NOTASIG se requiere CORELDRAW y la Gobernación de Santander no cuenta con esta Licencia. Es de anotar que cada vez que se publica un documento en la intranet el facilitador del proceso comunica al solicitante y a la vez se envía correo electrónico comunicando que se encuentra publicado el documento en la intranet. | Número de cambios documentales Publicados / Número de cambios documentales Realizados. | Copia circular 034 de 2018. | Se evidencia copia de circular 034 de 2018 en la cual se dá instrucción de no descargar ningún software en los equipos de cómputo de la gobernación, en cuanto a la realización de la revisión y actualización de los documentos del SIG, las evidencias se encuentran en cada uno de los procesos ubicados en la intranet. |
| Falta de seguimiento al Plan de Acción de las Acciones de Mejora, Correctiva y Preventiva formuladas al SIG. | Realizar seguimiento trimestral a las acciones de Mejora. | Bimestral | Se anexa copia digital del Tablero de seguimiento a las Acciones de Mejora, Preventivas y Correctiva producto de las No Conformidades de la Auditoría Interna. | Número de acciones de mejora con seguimiento / Número de acciones de mejora documentadas. | Copia digital del tablero de seguimiento a las acciones de mejora, preventivas y correctivas. | Se realiza seguimiento al plan de acción de las mejoras correctivas y preventivas formuladas al SIG, de enero a junio de 2019. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 5 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|--|---|---|---|---|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Deficiencia en la planificación, coordinación y en la ejecución de las Auditorías. | Expedir Circular y notificar oportunamente el programa de Auditoría a los Auditados y Auditores. | Anualmente | Se anexa notificación de circulares y programación de auditorías 2019. | Procesos Auditados / Total de procesos a Auditar. | Faltan circulares auditorías internas. | Se relaciona la labor realizada pero no se encuentran evidencias de soporte. |
| Pérdida de la información del Sistema de Gestión. | 1. Realizar copias de seguridad. 2. Disponer de un responsable de la administración de la información al interior de la dirección | Una vez al día. Cuando se cambie el responsable. | La Secretaria de las Tics realiza dos copias de seguridad de lo publicado en la intranet | Número de copias de seguridad realizadas / Número de copias de seguridad programadas Administrador del sistema designado con usuario y contraseña. | No presentan evidencias. | Se relaciona labor realizada pero no se encuentran evidencias de soporte. |
| No obtener la renovación de la certificación del SIG | Realizar seguimiento a los Planes de Acción de las Acciones de Mejora, Preventivas y Correctiva producto de las No Conformidades de la Auditoría Externa anterior. | Anualmente | Se anexa copia digital del Tablero de seguimiento a las Acciones de Mejora, Preventivas y Correctiva producto de las No Conformidades de la Auditoría Externa. | Número de acciones de mejora con seguimiento / Número de acciones de mejora documentadas de la Auditoría Externa. | Copia digital del tablero de seguimiento a las acciones de mejora, preventivas y correctivas. | Se realizó seguimiento a los planes de las acciones de mejora preventiva y correctiva, producto de las no conformidades de la auditoría externa. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo. | Realizar acciones de seguimiento trimestrales al cumplimiento del Plan de Acción | Trimestral | Se anexa copia digital de los informes de seguimiento de la Dirección de sistemas Integrados de Gestión | Metas cumplidas / metas programadas | No se encuentra copia informe avance de metas. | No se encuentra evidencia del avance del PDD. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | Seguimiento semanal por la Dirección a las PQRSD recibidas. Seguimiento mensual por parte de la Dirección de Atención al Ciudadano. | Mensual | La Dirección de Sistemas Integrados de Gestión verifica que no tenga procesos vencidos en el informe Trimestral publicado en el proceso de Atención al Ciudadano. Al igual en la Dirección se delegó a un funcionario para realizar seguimiento diario a los procesos que lleguen al Forest de la Dirección del SIG. | PQRSD contestadas / PQRSD recibidas. | No se encuentra copia informe PQRSD. | No se encuentran evidencias del seguimiento a las PQRSD. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 6 de 46 |

3.2 Sistemas de Gestión Ambiental – SGA: Presenta cinco (5) riesgos administrativos, no presentaron evidencias en uno de los riesgos.

| SISTEMAS DE GESTION AMBIENTAL- SGA | | | | | | |
|---|--|--------------|---|--|---|---|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | ADMINISTRATIVOS | SEGUIMIENTO |
| Registro erróneo de los ingresos de los datos de los servicios públicos (agua y energía). | Verificar la información de los recibos de servicios públicos de agua y energía, con respecto a la registrada en el tablero de medición de indicadores del Sistema de Gestión Ambiental. | Trimestral | Tablero de medición de indicadores. Registros recibos servicio de agua. | A. ((Consumo de agua registrado en el tablero de indicadores del SIG (periodo a verificar)) / consumo de agua del periodo a verificar. *100 | Copia tablero de medición de indicadores. Copi registros recibos servicio de agua. | Durante el primer trimestre del año 2019 se evidencia un ahorro en el consumo de agua del 4 %. Durante el primer trimestre del año 2019 el consumo de energía se encuentra en un rango aceptable con consumos negativos, no obstante cumplen con el objetivo propuesto para el programa. |
| Entrega inadecuada de los residuos peligrosos. | Revisión semestral de la evidencia de cumplimiento en la matriz de identificación y evaluación de requisitos legales | Semestral | Certificado de disposición final residuos peligrosos empresas DESCONT SA – PILAS CON EL AMBIENTE. Vigencia: junio 2018 – Diciembre 2018. Enero 2018 – Junio 2018. | A. ((Consumo de energía registrado en el tablero de indicadores del SIG (periodo a verificar)) / consumo de agua del periodo a verificar. *100 | Copia tablero de medición de indicadores. Copi registros recibos servicio de agua. | Se realiza la entrega adecuada de los residuos en el periodo 2018 y primer trimestre 2019. |
| Desactualización de los requisitos legales aplicables descritos en la matriz de identificación y evaluación de requisitos legales del Sistema de Gestión Ambiental. | Revisión periódica de las fuentes de consulta para la identificación de los requisitos legales. | Mensual | Registro solicitud modificación formato ES-SIG-RG-44. Fecha 24/07/2018. | Cantidad de residuos peligrosos entregados (Kg) /Cantidad de residuos peligrosos generados en (kg)*100 | Copia registro solicitud modificación formato ES-SIG-RG-44. | Se ha mantenido la actualización de los requisitos legales aplicables descritos en la matriz. |
| Incumplimiento de los programas ambientales | 1. Seguimiento de los indicadores de gestión del SGA. 2. Seguimiento a las actividades de los programas ambientales. 3. Seguimiento a los servidores públicos en buenas prácticas ambientales. | Anualmente | Cronograma actividades 2018. Plan de trabajo SGA. | Junio – Diciembre 2018 17/17*100= 100 Enero – Junio 2019 18/19*100= 95 | Copia cronograma de actividades periodo 2018. Copias planillas de asistencia a actividades periodos 2018 y 2019. | Se realizó el cronograma de actividades y se dió cumplimiento a los programas durante el periodo 2018 y primer semestre 2019. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | Seguimiento semanal por la Dirección a las PQRSD recibidas. Seguimiento mensual por parte de la Dirección de Atención al Ciudadano. | Mensual | | PQRSD contestadas/ PQRSD recibidas | No presentaron informe de seguimiento ni se evidencia evaluación. | No se encuentran evidencias. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 7 de 46 |

3.3 Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SGSST: Presenta ocho (8) riesgos administrativos, en uno de ellos no presentaron evidencia:

| SISTEMAS DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SGSST | | | | | | |
|--|---|--------------|--|---|--|--|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Falta de realización de los exámenes médicos de ingreso, periódicos y de retiro. (EMO) | Supervisar la fecha de vencimiento del contrato del médico. | Semestral | Contrato del médico ocupacional Exámenes ocupacionales realizados | # meses al año del contrato vigente del médico / 12 meses *100 Resultado: 100% | Copia contrato médico y relación planillas de exámenes realizados. | Copia de contrato 1448 del 20 de mayo de 2019, con objeto de apoyo profesional durante 5 meses y planillas con relación de exámenes realizados en los meses de mayo junio y julio de 2019. |
| Incumplimiento del plan de trabajo | Revisión periódica del cumplimiento del cronograma. Informes periódicos al Copasst | Trimestral | Plan de trabajo anual actualizado | Actividades ejecutadas / Actividades Programadas * 100. Resultado: 22% al final del año ver cumplimiento. | Copia plan de trabajo anual. | A marzo de 2019 el porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo es del 22% que corresponde a 138 actividades. |
| Incremento del índice de frecuencia de accidentes de trabajo | Revisión periódica del cumplimiento de los cronogramas. Revisión periódica de los indicadores. | Mensual | Tablero medición indicadores | Número Total de AT * K / Número HHT (k=240.000). Resultado:0,89 Número días perdidos y cargados por AT * K / Número HHT (k=240,000) Resultado:8,75 | Copia tablero de mediciones de indicadores. | En el primer semestre de 2019 se presentaron 19 accidentes de trabajo incluidos personal de planta y contratistas. |
| Incremento de las enfermedades laborales | Revisión periódica del cumplimiento de los Sistemas de vigilancia epidemiológica. Revisión periódica de los indicadores. | Anual | Control de asistencia Tablero medición indicadores | Número casos existentes reconocidos (Nuevos y Antiguos) * K / Número promedio de trabajadores año k=1000. Resultado: 15 Número casos nuevos de EL reconocidas período / Número promedio de trabajadores período * 1000. Resultado: 0 | Copia tablero de mediciones de indicadores. | Al corte de Marzo de 2019 se han diagnosticado 15 enfermedades. Predomina el Dx Osteomuscular, Túnel de carpo, epicondilitis. |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|--|--------------|---|---|---|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Incumplimiento del plan de capacitaciones. | Seguimiento al cronograma de capacitaciones de SST. Informes al COPASST | Trimestral | Control de asistencia Cronograma de capacitaciones | Nº capacitaciones en set ejecutadas/ Nº capacitaciones programadas*100. Resultado: 12% al final del año ver cumplimiento | Copia control de asistencia. Tablero de medición de indicadores. | Al mes de marzo de 2019 el cumplimiento en capacitaciones es del 13%. |
| Incumplimiento en la ejecución de actividades de promoción y prevención | Revisión periódica del cumplimiento del cronograma. Informes periódicos al Copasst | Trimestral | Control de asistencia Cronograma de capacitaciones | Nº capacitaciones en sst ejecutadas/ Nº capacitaciones programadas*100. Resultado: 12% al final del año ver cumplimiento | Copia cronograma de actividades. Copia control de asistencia. | Se realizaron actividades de promoción y prevención durante los meses de febrero y marzo de 2019. |
| Incumplimiento en la ejecución de los sistemas y programas de vigilancia epidemiológica. | Revisión periódica del cumplimiento de los Sistemas de vigilancia epidemiológica. Revisión periódica de los indicadores. | Trimestral | Tablero medición indicadores Control de asistencia | Nº capacitaciones en sst ejecutadas/ Nº capacitaciones programadas*100. Resultado: 12% al final del año ver cumplimiento | Copia tablero de medición de indicadores. Copia control de asistencia. | En las inspecciones que se realizaron hasta el mes de Marzo se emitieron 15 recomendaciones donde 7 de ellas fueron ejecutadas exitosamente por la intervención de la oficina de SST y de la Oficina de Recursos físicos. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | Seguimiento semanal por la Dirección a las PQRSD recibidas. Seguimiento mensual por parte de la Dirección de Atención al Ciudadano. | Bimestral | Registros de trámite de PQRSD | PQRSD contestadas/ PQRSD recibidas | No se encuentran evidencias. | No se relaciona informe PQRSD |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 9 de 46 |

4. **Proceso Salud y Seguridad Social – Secretaría de Salud:** Se observan once (11) riesgos administrativos así:

| MISIONALES | | | | | | |
|--|--|--------------------------|--|---|--|---|
| SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | |
| SECRETARIA DE SALUD | | | | | | |
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUCIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | ADMINISTRATIVOS | SEGUIMIENTO |
| Insuficiencia en proceso de auditoría en la prestación de servicios de salud | Formular la programación o cronograma de auditoría en la prestación de servicios para inspeccionar servicios de salud individuales | Cada vez que se requiera | <ul style="list-style-type: none"> • Informes ejecutivos de visitas Proceso: Asistencia Técnica Inspección y Vigilancia a la prestación de servicios en salud • Realizar visitas de inspección y vigilancia a las instituciones prestadoras de servicio en salud en relación con las competencias de prestación de servicios enmarcado en el sistema general de seguridad social de salud. Instituciones visitadas: <ul style="list-style-type: none"> -IPS instituto del sistema nervioso del oriente Ismo -IPS Remy -IPS clínica San Pablo -ESE Hospital Psiquiátrico San Camilo -IPS SPEC medicina nuclear -IPS CDI -IPS Foscal -Clínica Chicamocha -Clínica Materno Infantil San Luis. | # Auditorías Realizadas <hr/> # Auditorías Programadas =100% | Copia informes de visitas de inspección y vigilancia periodo septiembre-diciembre 2018 e informes ejecutivos de visitas. | Se ha llevado a cabo la inspección en los servicios de salud individuales en las diferentes IPS y clínicas vinculadas en la prestación del servicio, durante el periodo septiembre- diciembre 2018. |
| Demora en la respuesta a la demanda de servicios de salud por los usuarios PPNA en los 3 niveles de atención | Suscribir contratos de prestación de servicios de salud con la Red de salud Departamental. | Cada vez que se requiera | <ul style="list-style-type: none"> • Contratos para la prestación de servicios de salud con la red privada para dispensación de medicamentos y tecnologías fuera del plan obligatorio de salud unificado a la PPNA, para cobertura de todos los niveles de complejidad en Santander. | # Contratos de prestación de servicios de salud suscritos. =28 contratos | Copia 28 contratos de prestación de servicios vigencia 2019. | Con vigencia 2019 se realizaron 28 contratos con las diferentes entidades prestadoras de salud de la red privada para dispensación de medicamentos y tecnologías fuera del plan obligatorio de salud unificado a la PPNA. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 10 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|---|--|--------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Administrativos Incumplimientos en objetos contractuales | Realizar informe de supervisión de acuerdo a los términos del contrato | Cada vez que se requiera | <ul style="list-style-type: none"> Informe en Excel sobre la contratación legalizada de la Secretaria de Salud Departamental, con informe de supervisión de acuerdo a los términos del contrato, de junio de 2018 a junio de 2019. | $\frac{\text{\# Contratos con informe de supervisor}}{\text{\# Contratos legalizados}} = 89\%$ | Relación Contratación legalizada de la secretaría de salud departamental. | Informe contratación legalizada vigencias 2018 y 2019. |
| Incumplimiento en los planes de mejora | Cumplir cronogramas por cada dirección y realizar el seguimiento de los planes de mejora | Trimestral | <ul style="list-style-type: none"> Informe en Excel "Control avance informes de mejoramiento" | $\frac{\text{\# de informes de seguimiento}}{\text{\# Planes de mejora formulados}} = 90\%$ | Copia Informe avances. | Relación cuadro de avances planes de mejora vigencias junio a diciembre 2018 y enero a junio 2019. |
| Incumplimiento en el mantenimiento y calibración de los equipos al interior del LDSP. | Formular y ejecutar el programa de mantenimiento preventivo y calibración de equipos | Trimestral | <ul style="list-style-type: none"> Se celebró el contrato #707 cuyo objeto es realizar mantenimiento preventivo, correctivo y calibración de los equipos del Laboratorio Departamental de Salud Pública, en el alcance del contrato en mención se describen los equipos a los que se les realizaron mantenimiento prevención y calibración. Plan anual de control de equipos e instrumentos para el LDSP | $\frac{\text{\# Equipos con Mantenimiento y Calibración}}{\text{\# Total Equipos Incluidos en el Plan de Mantenimiento y Calibración}} = 75\%$ | Copia contrato 707 y plan anual de control de equipos e instrumentos para el LDSP. | Se realizó contrato No 707 vigencia 2019 de prestación de servicios con MCI- SOLUCIONES INTEGRALES SAS, para la realización del mantenimiento, prevención y calibración de equipos del laboratorio departamental de salud pública. Se hizo seguimiento al plan anual de control de equipos e instrumentos para LDSP, vigencia 2018-2019. |
| Contaminación en áreas de trabajo del LDSP | Formular y ejecutar el programa de Limpieza | Trimestral | <ul style="list-style-type: none"> Formato de verificación de limpieza de áreas y superficies del LDSP Manual de limpieza y desinfección del LDSP. Cronograma de limpieza LDSP | $\frac{\text{\# Áreas con Limpieza y Desinfección Ejecutadas}}{\text{\# Total Áreas Programadas para Limpieza y Desinfección}} = 100\%$ | Copia formato de verificación de limpieza de áreas y superficies del LDSP Copia Manual de limpieza y desinfección del LDSP. Cronograma de limpieza LDS | Anexan formato de verificación de limpieza pero no evidencian la labor ejecutada que permita el seguimiento a la ejecución de la limpieza en los LDSP. El cronograma de limpieza LDS está estipulado para una semana pero no se especifica mes ni año. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 11 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|---|--------------------------|--|---|--|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Retrasos en la compra de reactivos, equipos e insumos de LDSP | * Mantener Stock de los Reactivos * Realizar la contratación de Reactivos | Cada vez que se requiera | • Contrato #1938 de 2018 cuyo objeto es "adquirir los reactivos y materiales necesarios para el funcionamiento de las diferentes áreas del LDSP | # Reactivos con Stock <hr/> # Total de Reactivos Requeridos =95% | Copia contrato #1938 de 2018 cuyo objeto es "adquirir los reactivos y materiales necesarios para el funcionamiento de las diferentes áreas del LDSP. | No se evidencia realización de contrato de adquisición de reactivos y materiales necesarios con vigencia 2019. |
| Inoportunidad en la entrega de informes de resultados de diagnóstico y de calidad en el LDSP | Reglamentación de tiempos de entrega y oportunidad de los análisis | Mensual | • Portafolio de Servicios LDSP • Bases de datos | # Resultados Emitidos en los términos reglamentados <hr/> # Resultados de análisis entregados =80% | Portafolio de Servicios LDSP. Bases de datos. | Al día con informes de resultados de diagnósticos y de calidad vigencias 2018 y 2019. |
| Falta de recursos (Humanos, técnicos y financieros) para el correcto funcionamiento del CRUE | Puesta en marcha de la instalación de la planta y actualización y mantenimiento de equipos | Cada vez que se requiera | • Cartas remisorias Ref. Solicitud de personal para el segundo semestre del año 2019 | # de solicitudes concluidas satisfactoriamente <hr/> # de solicitudes del CRUE =25% | Solicitud de personal para el segundo semestre del año 2019. | Carta remisoria para la solicitud de personal con el fin de mitigar la falta de talento humano en el CRUE. No se evidencia respuesta. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo | Realizar acciones de seguimiento Bimestral al cumplimiento del Plan de Acción | Bimestral | • Seguimiento plan de acción 31 de octubre 2018. (Primera parte) • Seguimiento plan de acción 31 de diciembre 2018. (segunda parte) • Informe de Gestión del Plan de Desarrollo Departamental – PDD, de la Secretaria de salud de Santander. | Metas cumplidas en la vigencia <hr/> Metas programadas en la vigencia =86% | Seguimiento plan de acción 31 de octubre 2018. (Primera parte). Seguimiento plan de acción 31 de diciembre 2018. (segunda parte). Informe de Gestión del Plan de Desarrollo Departamental – PDD, de la Secretaria de salud de Santander. | En los seguimientos de plan de acción se evidencian varios ítems con un bajo porcentaje en la meta de producto ejecutada en la vigencia. En el informe de gestión de PDD con corte a 30 de abril de 2019, se evidencia el progreso en el cumplimiento de las diferentes metas. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | * Seguimiento semanal del aplicativo en la secretaria. * Seguimiento mensual por parte de atención al ciudadano responsable e idónea | Mensual | Informe consolidado segundo semestre 2018 y primer semestre de 2019 referente a las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denuncias (PQRSD) y otros trámites, relacionadas de acuerdo a los diferentes grupos de trabajo de la SSD. | # PQRSD respondidas <hr/> # PQRSD presentadas =100% | Informe consolidado segundo semestre 2018 y primer semestre de 2019. | El campo de la acción de mitigación debe permanecer tal cual está en la última versión. En los informes presentados del segundo semestre 2018 y primer semestre 2019, se evidencia un gran número de radicados en estado Vencido. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 12 de 46 |

5. **Proceso de Desarrollo Sostenible y Competitivo:** Se observan los informes de:

5.1. **Secretaría de Desarrollo:** Se observan cuatro (4) riesgos, no presentaron informe

| SECRETARIA DE DESARROLLO | | | | | | |
|---|---|---------------|------------|--|---|---|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Dificultad en el acceso de los sectores/unidades productivas y económicas a las oportunidades de apoyo ofrecidas por el Ente Departamental. | Diseñar y aplicar Estrategias de comunicación para los procesos de convocatorias | Cuatrimestral | | Número de reclamaciones de Unidades Productivas inscritas / Número total de Unidades Productivas inscritas | No presentaron informe de seguimiento ni se evidencia evaluación. | A pesar de la socialización de solicitud de informe por medio de la circular 05 del 12 de junio de 2019 y la reiteración de solicitud con oficio del 16 de julio de 2019, la secretaría se abstuvo de rendir informe. |
| Desinformación de la ruta de atención para las mujeres víctimas de la violencia (Reservando la identidad de las víctimas). | Capacitar a los diferentes actores que hacen parte de la ruta de atención integral a mujeres víctimas de violencia de género. Socializar la ruta mencionada | Cuatrimestral | | Número de casos atendidos / Número de casos reportados | No presentaron informe de seguimiento ni se evidencia evaluación. | A pesar de la socialización de solicitud de informe por medio de la circular 05 del 12 de junio de 2019 y la reiteración de solicitud con oficio del 16 de julio de 2019, la secretaría se abstuvo de rendir informe. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo. | Realizar acciones de seguimiento Bimestral al cumplimiento del Plan de Acción | Bimestral | | Metas cumplidas / metas programadas en la vigencia | No presentaron informe de seguimiento ni se evidencia evaluación. | A pesar de la socialización de solicitud de informe por medio de la circular 05 del 12 de junio de 2019 y la reiteración de solicitud con oficio del 16 de julio de 2019, la secretaría se abstuvo de rendir informe. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD - | Seguimiento semanal del aplicativo en la Secretaría. Seguimiento mensual por parte de la Dirección de Atención al Ciudadano. | Mensual | | PQRSD respondidas / PQRSD presentadas | No presentaron informe de seguimiento ni se evidencia evaluación. | A pesar de la socialización de solicitud de informe por medio de la circular 05 del 12 de junio de 2019 y la reiteración de solicitud con oficio del 16 de julio de 2019, la secretaría se abstuvo de rendir informe. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 13 de 46 |

5.2. Secretaría de Vivienda y Habita Sostenible: Se observan tres (3) riesgos:

| SECRETARIA DE VIVIENDA Y HABITAD SOSTENIBLE | | | | | | |
|---|---|--------------|--|---|--|---|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Omisión de Requisitos legales para la aprobación de los proyectos con recursos complementarios de vivienda colectivos | Verificar los requisitos legales establecidos por las entidades cofinanciadoras | Bimestral | <p>Se evidencia en el OCAD- Acuerdo 076 de 2019, la aprobación de los proyectos de Construcción de vivienda en el sector rural en los municipios de Vélez, Gambita, Pinchote, Barbosa, Confines, San José de Miranda.</p> <p>Se evidencia en el OCAD- Acuerdo 077 de 2019, la aprobación de los proyectos de Construcción de vivienda rural del municipio de Puerto Parra, Landázuri.</p> <p>Se evidencia informe con los proyectos de Playón Contratación y Guacamayo, los cuales se encuentran aprobados y en trámite ante el OCAD.</p> <p>Se evidencia resolución de asignación No. 20862 de 2018, donde se asignaron 30 familias del municipio de Palmas del Socorro, producto de la aprobación del proyecto presentado por el municipio para su cofinanciación.</p> <p>Se evidencia resolución de asignación No. 6552 de 2019, donde se asignaron 20 familias del municipio de San Miguel, producto de la aprobación del proyecto presentado por el municipio para su cofinanciación.</p> <p>Se evidencia resolución de asignación de subsidio 9670 de 2019 donde se asignaron 12 familias del municipio del Cerrito para la comunidad indígenas de los W^{AS} producto de la aprobación del proyecto presentado por el municipio para su cofinanciación.</p> | <p>Número de proyectos revisados y aprobados / Número de proyectos presentados.</p> <p>Número de proyectos revisados y aprobados=14</p> <p>Número de proyectos presentados =14</p> <p>14/14= 100%</p> | <p>Copias acuerdos 076 del 04 de abril de 2019 y acuerdo 077 del 13 de junio de 2019.</p> <p>Informe proyectos en trámite con el OCAD.</p> <p>Copias resoluciones, 6552 del 14 de mayo de 2019, 9670 del 27 junio de 2019 y 20682 del 17 de diciembre de 2018.</p> | <p>Se evidencia la debida remisión de documentos pertinentes a la aprobación y ejecución de los convenios establecidos en los acuerdos mencionados.</p> <p>Resoluciones de asignación de subsidio departamental de vivienda de interés social prioritaria complementario a familias de los municipios de San miguel, el Cerrito y palmas del Socorro.</p> |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  <p>República de Colombia</p> <p>Gobernación de Santander</p> | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 14 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|--|--------------|--|--|---|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo | Realizar acciones de seguimiento bimestral al cumplimiento del Plan de Acción | Bimestral | <p>Se realiza el seguimiento bimestral al cumplimiento del Plan de acción, mediante los informes presentados a la Secretaría de Planeación, se evidencia informe acumulado de la vigencia del 2018, con corte a 31 de diciembre.</p> <p>Se evidencia oficio Radicado 20190011199 Pro. 1525521 del 29-01-2019, dirigido al Dr. Benjamín Gutiérrez Sanabria, donde la Secretaría de Vivienda, informa el porcentaje de cumplimiento del plan de desarrollo, certificado por Planeación Departamental, para la vigencia del 2018. En este el cumplimiento del plan de desarrollo fue de 68.94% con una ejecución financiera del 99.48%, donde la Secretaría de Vivienda y Hábitat Sustentable de las 10 metas cumplió 5; una cumplió en el nivel sobresaliente; 1 en el nivel satisfactorio y 3 en el nivel deficiente.</p> <p>Así mismo para la vigencia 2019, se realiza el seguimiento bimestral al cumplimiento del Plan de acción, mediante los informes presentados a la Secretaria de Planeación, se evidencia con el último informe con corte a 30 de junio de 2019.</p> <p>Se evidencia la ordenanza No. 10 DE 2019, mediante la cual se ajustaron las metas para así dar cumplimiento a las mismas en esta vigencia del 2019.</p> | <p>Metas cumplidas/ Metas programadas.</p> <p>Numero de metas cumplidas=5</p> <p>Numero de metas programadas=10</p> <p>5/10= 50% se estimaría el cumplimiento en porcentaje de las metas.</p> <p>Sin embargo, existe dos metas las cuales se encuentran ya cumplidas, según el avance del plan de acción presentado con corte a 30 de junio de 2019, por lo que se pondera un porcentaje de avance de 70% a la fecha.</p> <p>Las restantes 3 metas se encuentran con un avance del 50% o más lo cual se podría ponderar un avance total del 85%; no obstante, a la fecha la Secretaría de Planeación no ha remitido el ponderando real del avance del total de las 10 metas que tiene la Secretaría.</p> | <p>Informe de gestión PDD corte 31 de diciembre 2018.</p> <p>Informe de gestión PDD corte 30 junio 2019.</p> <p>Copia ordenanza No 10 que modifica ordenanza No 12.</p> <p>Carta a control interno, porcentajes de cumplimiento Sec Vivienda.</p> | <p>Se evidencia cumplimiento del 68,94% del plan de desarrollo y una ejecución del 99,48% para la vigencia 2018.</p> <p>Cumplimiento de 5 de las 10 metas propuestas. Para la vigencia 2019 se realizó un ajuste en las metas según ordenanza No 10.</p> |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | seguimiento semanal del aplicativo en la Secretaria. Seguimiento mensual por parte de la Dirección de Atención al Ciudadano. | Mensual | <p>Se evidencia los resultados del informe de las PQRSD correspondientes al periodo del 1 de julio de 2018 a 30 de junio de 2019.</p> <p>Se evidencia evaluación final y definitiva Informe de Gestión por Áreas o Dependencias – vigencia 2018, con un porcentaje de evaluación de 9.5.</p> <p>Se evidencia Matriz de cumplimiento de la Procuraduría ley 712 de 2014, donde se evidencian los traslados de las peticiones realizadas por la Secretaría de Vivienda y Hábitat Sustentable.</p> <p>Se evidencia el resumen de las encuestas de satisfacción del ciudadano del Tercer y Cuarto Trimestre de 2018; y primer trimestre del 2019, donde se refleja, en esta última, una calificación de 3.98 en satisfacción general por parte de los ciudadanos.</p> | <p>PQRSD respondidas/PQRSD presentadas</p> <p>En el periodo comprendido entre el 1-06-2018 al 30-06-2019 se presentaron y respondieron un total de: PQRSD respondidas: 546</p> <p>PQRSD presentadas: 546</p> <p>546/546=100%.</p> | <p>Informe PQRSD.</p> <p>Informes encuestas de satisfacción.</p> <p>Evidencia encuestas periodo julio-diciembre de 2018.</p> | <p>En muestra presentada del informe PQRSD se evidencia el total de radicados finalizados.</p> <p>En el informe de satisfacción del ciudadano se emite un resultado de tres rangos con sobresaliente y un rango en adecuado.</p> |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 15 de 46 |

5.3. Secretaría de Cultura y Turismo: Se observan cinco (5) riesgos, en uno de ellos no se presentaron evidencias:

| SECRETARIA DE CULTURA Y TURISMO | | | | | | |
|--|---|---------------|--|---|---|--|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUCIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Poca promoción turística. | Asignación de recursos para la promoción turística. | Anual | Listado de campañas turísticas realizadas. | Número de Campañas promocionales realizadas= 21 campañas | Copia listado de campañas turísticas realizadas. | Se realizaron 21 campañas turísticas durante el periodo 2018-2019. |
| Demora en la viabilización de proyectos. | Fortalecer el talento humano en la viabilización de proyectos. | Cuatrimestral | Se anexa listado de proyectos vigencia 2018-2019. | Número de proyectos viabilizados /Total de proyectos recibidos para viabilizar 32/32=100% | Copia listado de proyectos vigencia 2018-2019. | Muestra de 14 proyectos viabilizados en periodo 2018 y 20 en periodo 2019. |
| Pérdida de Bienes de interés cultural patrimonial del departamento por falta de control. | Inventario actualizado Bienes de interés cultural patrimonial del departamento. | Anual | A la fecha no se ha perdido ningún bien de interés patrimonial. | Número de Bienes de interés Cultural Patrimonial del Departamento perdidos /Número Bienes de interés cultural Patrimonial del Departamento 100% | No se encuentra evidencia de inventario | Se relaciona ejecución de la acción de mitigación pero no se encuentran evidencias. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo. | Realizar acciones de seguimiento Bimestral al cumplimiento del Plan de Acción. | Bimestral | Se adjunta informe a 30 de Junio de 2019 en el cual se ha cumplido 15 metas de las 19 programadas. | Metas cumplidas / metas programadas 15/19 | Copia informe avance de metas plan de desarrollo. | Se relaciona informe de avance de metas con sus respectivos proyectos y porcentajes de cumplimiento. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD. | seguimiento semanal a las PQRSD. Seguimiento mensual por parte de la Dirección de Atención al Ciudadano. | Mensual | Se adjunta informe de atención al ciudadano a corte 30 de Junio 2019 = 231/252. | PQRSD Contestadas /PQRSD Recibidas | Copia relación PQRSD. | Durante el periodo se evidencian radicados vencidos en los meses de marzo a junio de 2019. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 16 de 46 |

5.4. **Secretaría de Infraestructura:** Se observan cinco (3) riesgos, en uno de ellos no se presentaron evidencias:

| SECRETARIA INFRAESTRUCTURA | | | | | | |
|---|---|---------------|---|--|---|--|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Deficiencia en Estudios Técnicos y Viabilización de Proyectos | Cumplimiento en los lineamientos establecidos en el Decreto del Banco de programas y Proyectos Departamental. | Cuatrimestral | Muestra de Viabilidad Sectorial, Certificación Banco de Proyectos a proyectos de la Secretaria de Infraestructura, cuatrimestralmente | Prueba selectiva a 14 proyectos viabilizados., cumplimiento 100% | Copias certificaciones de 14 proyectos. | Se evidencia viabilización en 14 proyectos seleccionados. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | Seguimiento semanal del aplicativo en la Secretaria. Seguimiento mensual por parte de la Dirección de Atención al Ciudadano. | Mensual | Informe de seguimiento | PQRSD contestadas (124)/ PQRSD recibidas (285) (124*100/285)=44% | Informe de seguimiento | Mediante circular 002 de 17 de junio 2019 se relaciona estado de PQRS y se solicita respuesta en los tiempos establecidos. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo. | Realizar acciones de seguimiento bimestrales al cumplimiento del Plan de Acción | Bimestral | Remisión de avances del Plan de acción de la Secretaria de Infraestructura a la Secretaria de Planeación cada bimestre | Metas cumplidas / Metas programadas (35*100/51)=68.62% | No se encontró evidencia de la remisión del plan de acción a la secretaria de planeación. | No se encuentran evidencias pertinentes a la acción de mitigación |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 17 de 46 |

5.5. **Secretaría de Agricultura y Desarrollo:** Se observan dos (2) riesgos, en uno de ellos no se presentaron evidencias:

| SECRETARIA DE AGRICULTURA Y DESARROLLO | | | | | | |
|---|--|--------------|--|--|--|--|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Administrativos Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo | Realizar acciones de seguimiento bimestral al cumplimiento del Plan de Acción | Bimestral | Segundo semestre de 2018 Primer Semestre de 2019 | Metas cumplidas 37 / Metas Programadas 39 94,87% Metas cumplidas 16 / Metas Programadas 17 94,11% | Soporte seguimiento metas segundo semestre 2018 y primer semestre 2019 | Cumplimiento de metas del 94,87%. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | Seguimiento semanal del aplicativo en la Secretaria. Seguimiento mensual por parte de la Dirección de Atención al Ciudadano. | Mensual | Copias cuadros control de las PQRS Despacho Secretaria Copias informes oficina de Atención al Ciudadano 2018 Y 2019 | PQRSD contestadas 193 / PQRSD recibidas 228. 84,65% PQRSD contestadas 193 / 228 PQRSD recibidas | Relación de correspondencia | En la relación de correspondencia se puede evidenciar que para el segundo semestre de 2018 existen 7 solicitudes sin respuesta y para el primer semestre 2019, 28, sin embargo con un porcentaje de cumplimiento del 84.65%. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 18 de 46 |

6. **Proceso Seguridad y Convivencia:** Presenta los siguientes informes:

6.1. **Oficina de Gestión del Riesgo:** Se observan cuatro (4) riesgos:

| OFICINA DE GESTIÓN DEL RIESGO | | | | | | |
|--|---|---------------|--|--|--|---|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Administrativos Información no veraz, incompleta e inoportuna en reporte de calamidades públicas de eventos naturales o antrópicos por parte de los municipios. | Aplicar el procedimiento establecido para declarar la calamidad pública. Aplicar la Lista de Chequeo Establecida. Realizar el comité técnico interno. | Cuatrimestral | Actas de comités internos donde se analizaron las calamidades declaradas por los municipios. | Numero de calamidades publicas avaladas/número de calamidades publicas presentadas. 58 calamidades publicas avaladas / 60 calamidades presentadas Resultado = 96,7 % de las calamidades presentadas analizadas y aprobadas | Copias actas comités. Copias estudios previos, documentos y minutas. | Copia acta de comités realizados periodo julio- diciembre de 2018. Se realizó seguimiento a estudios previos con la debida documentación durante los periodos 2018 y 2019, adicional se presenta copia de las minutas de contratación. |
| Desactualización del registro histórico de los eventos generados en el departamento. | Realizar seguimiento al diligenciamiento del formato de forma periódica, basándose en la información recibida por el PMU. | Cuatrimestral | Formatos diligenciados del histórico de los eventos reportados por los municipios | Número de formatos diligenciados en el periodo / número de formatos planeados en el periodo 12 formatos diligenciados para histórico de eventos / 12 formatos proyectados para histórico de eventos Resultado = 100 % de los formatos programados para eventos ocurridos en el departamento se realizaron. | Copias reportes mensual de eventos por desastres naturales y antrópicos. | Se ha realizado seguimiento a los diferentes eventos por desastres naturales durante los periodos 2018 y 2019, llevando de una forma organizada cada reporte con el respectivo cargue. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo. | Realizar acciones de seguimiento Bimestral al cumplimiento del Plan de Acción | Bimestral | Entrega bimestral del avance al plan de acción del plan de desarrollo | Numero de entregas del plan de acción a planeación / número de entregas del plan de acción planeadas en el periodo 6 entregas del plan de acción realizadas / 6 entregas del plan de acción planeadas en el periodo Resultado = 100 % de los formatos del plan de acción entregados a planeación en el periodo | Informes bimestrales del avance al plan de acción del plan de desarrollo | Presentación de los informes de seguimientos a los planes de acción del plan de desarrollo con una periodicidad bimestral durante los años 2018 y 2019. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | * Seguimiento semanal del aplicativo en la Secretaría. * Seguimiento mensual por parte de atención al ciudadano. responsable e idónea. | mensual | Informe PQRSD | PQRSD respondidas / PQRSD presentadas 1155 PQRSD respondidas/ 1163 PQRSD presentadas. Resultado = 99.3% de las PQRSD presentadas han sido respondidas. | Copia informe PQRSD | En el informe PQRSD se evidencia el cumplimiento general y total en todos los radicados para el periodo 2018. En el periodo 2019 se encuentran 8 radicados vencidos en el mes de junio. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 19 de 46 |

6.2. Secretaría del Interior: Se observan tres (3) riesgos:

| SECRETARIA DEL INTERIOR | | | | | | |
|---|--|--------------|--|--|--|--|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Administrativos | | | | | | |
| Incumplimiento de la metas propuestas en el Plan de Desarrollo. | Realizar seguimiento a los indicadores del plan de acción y realizar seguimiento al tablero de contro de avance de Metas | Bimestral | Posterior al Plan de Acción realizado en base al plan de Desarrollo, se anexa formato de seguimiento a las metas ejecutadas por la secretaría. | Metas ejecutadas / metas programadas | Informes de gestión primer bimestre y segundo bimestre 2019. Matriz avance de programación. | Se realiza seguimiento a los indicadores de los planes de acción con sus respectivos porcentajes de cumplimiento. Se lleva a cabo el seguimiento al tablero de control de avances de metas. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD - | * Seguimiento semanal del aplicativo en la Secretaria. * Seguimiento mensual por parte de atención al ciudadano. responsable e idonea. | Trimestral | Se realiza repartición y seguimiento periódico a los procesos FOREST por parte de un funcionario, dando cumplimiento a la circular interna N° 23 emitida anteriormente por esta Secretaría. Se anexa informe de seguimiento por la plataforma – usuario. | PQRSD respondidas/PQRSD presentadas | Informe de seguimiento por plataforma. | Informe de seguimiento por plataforma periodo 01 enero a 30 junio de 2019. Se evidencian total de radicados finalizados. |
| Desactualización en la normatividad vigente | Capacitar a los funcionarios y socializar en los comités técnicos los cambios en la normatividad vigente | Trimestral | Se solicitó capacitación a la secretaria General en materia de contratación y la herramienta SECOP- Plataforma Colombia compra eficiente .Proceso forest # 1569665. | Número de capacitaciones realizadas / Número de capacitaciones programadas | Carta solicitud de capacitación con fecha abril 2019. | Solicitud de capacitación con fecha abril de 2019, no se evidencia respuesta. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 20 de 46 |

7. **Proceso Gestión Educativa – Secretaría de Educación:** Se observan veintidós (22) riesgos, para uno de ellos no presentaron evidencias:

| SECRETARIA DE EDUCACION | | | | | | |
|--|--|--------------|--|---|---|---|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Cobro de tarifas en establecimientos educativos no oficiales sin Resolución de Autorización de Costos Educativos Anuales | <p>Aplicar el procedimiento documentado.</p> <p>Expedición y envío de Circular de Costos Educativos.</p> <p>Diligenciamiento de formato MI-GE-RG-272.</p> <p>Reportes del Sistema de Evaluación Institucional EVI.</p> | Trimestral | <p>1. El 8 de Octubre de 2018 se expide la Circular No. 135-2018 con la cual se imparten las directrices para el proceso de Costos 2019,</p> <p>2. Mediante correo electrónico de fecha 08/10/2018 se envía la Circular 135/2018 a los EE EPBM NO OFICIALES.</p> <p>3. Revisados los documentos que soportan los costos educativos se procede a liquidar en el formato MI-GE-RG-272.</p> <p>4. A través del Sistema de Evaluación Institucional EVI se realiza el monitoreo a los EE EPBM NO OFICIALES que han cargado la documentación para autorizar los costos de la vigencia 2018.</p> | Resolución de Autorización de Costos Educativos Expedidas / Establecimientos Educativos No Oficiales de Santander * 100 | <p>Copia circular 135 de 2018.</p> <p>Copia formato MI-GE-RG-272.</p> | Se expide circular No 135 de 2018 y se imparten las directrices para el proceso de costos 2019. |
| Funcionamiento de establecimientos educativos oficiales y no oficiales de EPBM y ETDH sin el acto administrativo que los habilita para ofrecer el servicio educativo en todos o algunos Niveles EPBM/Programa ETDH | <p>Aplicar los procedimientos documentados para HABILITAR y NOVEDADES.</p> <p>Realizar programación de visitas a EE EPBM y ETDH que requieren HABILITACIÓN/NOVEDADES.</p> | Trimestral | <p>1. En el Plan de Visitas de Inspección y Vigilancia se registran los Establecimientos Educativos EPBM ETDH, que requieren Habilitación, Registro de Programas, Renovación y Novedades. (Anexo 1)</p> <p>2. Se aplica el procedimiento así: recepción de la solicitud, designación de comisionado, diligenciamiento de instrumentos,. (Anexo 2)</p> <p>3. Relación de EE EPBM ETDH que requieren visita señalando las que fueron realizadas (Anexo 3)</p> | <p>Visitas de Habilitación, Registro de Programas, Renovación y Novedades realizadas / Visitas programadas para habilitación, Registro de Programas, Renovación y Novedades * 100</p> <p>85/107=79%</p> | <p>Copias plan de visitas.</p> <p>Copias solicitudes.</p> <p>Copia relación de visitas.</p> | Se evidencia solicitudes de designaciones de comisionados y plan de visitas a los respectivos centros educativos. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 21 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|---|--------------|--|---|---|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Incumplimiento de las metas del plan de acción | Realizar seguimiento a los indicadores del plan de acción. Realizar seguimiento al tablero de control de avance de metas | Bimestral | 1. Correos del 13 de febrero y 18 de marzo de 2019 dirigido a los Directores, Líderes de Grupo responsables de metas de plan de desarrollo mediante los cuales se solicitó el informe de gestión y avance del plan de acción con corte 28 de febrero de 2019 (4 folios). Se registró en la plataforma SIGID el avance de metas e informe de gestión y mediante correo del 13 de marzo de 2019 se informó al Grupo de Seguimiento al PDD de la Secretaría de Planeación Departamental (9 folios). 2. Tablero de Control de avance de metas con corte a FEBRERO 28 DE 2019 (3 folios). | Número de metas ejecutadas/ Número de metas programadas $18/73 \times 100 = 25\%$ A febrero 28 de 2019, el 25% de las metas fueron intervenidas. En el Tablero de Control de Avance de las Metas, se llegó a un 13,38% de ejecución promedio de las 18 metas intervenidas. | Copia tablero de avance de metas. Copia correos, solicitud de informes. | Tablero de avances de metas con los respectivos porcentajes de cumplimiento de la vigencia y del cuatrienio. El porcentaje de cumplimiento promedio de las 18 metas es del 13.38%. |
| Inconsistencias y/o incumplimiento de términos, en la información suministrada para la generación de informes de seguimiento y evaluación del PDD. | Realizar Asistencia Técnica en la metodología de rendición de informes de gestión y avance del plan de acción. | Bimestral | Registro de reunión del 16 y 19 de febrero de 2019, en donde se brindó asistencia técnica en la elaboración del Informe de Gestión y avance Plan de Acción de las metas del PDD 2016-2019 de la Secretaría de Educación (4 folios). | Número de funcionarios y/o contratistas con asistencia técnica brindada 11 (8 funcionarios 3 Contratistas) | Copia planilla registro de reunión. | Relación de reuniones de capacitación en la elaboración del informe de gestión y avance plan de acción de las metas del PDD en los días 16 y 19 de febrero de 2019. |
| Deficiencias en la planeación y ejecución de la asistencia técnica del sector educativo. | Seguimiento al Plan de Asistencia Técnica. Seguimiento a la agenda de asistencia técnica. Asesoría y acompañamiento a los funcionarios que realizan asistencia técnica. | Trimestral | Se construyo el plan de asistencia técnica para el año 2019, de allí se deriva la agenda de asistencia técnica de cada uno de los meses. Así mismo se realiza seguimiento a las actividades trazadas cada mes a través del formato ejecución asistencia técnica. | Número de actividades de asistencia técnica ejecutadas / número de actividades de asistencia técnica planificadas * 100 $24/31 \times 100 = 77\%$ | Copia plan asistencia técnica a establecimientos educativos oficiales del departamento. Copia agenda de asistencia del mes de marzo de 2019. Copia relación ejecución asistencia técnica mes de febrero 2019. | Se evidencia plan de asistencia técnica para el periodo 2019. Agenda y ejecución para los meses febrero y marzo. |

| | | | |
|--|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 22 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|---|---|--------------|---|---|--|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Deficiencia en la planeación y ejecución de la Auditoría de Matrícula | Ejecutar el procedimiento documentado. Definir, expedir y socializar el Plan de Auditoría oportunamente. Realizar y analizar los informes de Auditoría. Hacer seguimiento y controles a las acciones de mejora correctiva y preventiva. | Semestral | 1. se elaboro el plan de auditoría y se socializo a los establecimientos educativos a auditar por correo electrónico. 2. De las 46 auditorías programadas se ejecutaron 44. se anexa dos (2) informes de auditoría, las demás auditorías reposan en el archivo de la oficina del Grupo Cobertura Educativa, serie No. 81,10,14,439. 3. Se hace seguimiento con el informe realizado- se anexa. | Nº de auditorías programadas * 100 1/1 = 100% .Nº de seguimientos realizados (correctiva - preventiva - de mejora) / Nº de acciones (correctivas - preventivas - de mejora) identificadas * 100 222/303 = 73% | Copia plan de auditoria. Copia informe auditoria. Copia seguimiento informe auditoria. | Durante el periodo 2018 se realiza plan de auditoria, informe y seguimiento al informe. |
| Información incompleta para el análisis y uso de los resultados de las pruebas SABER. | Elaborar y remitir circular a los Rectores, Directores de Núcleo y Directores Rurales, para la organización de las pruebas SABER. Aplicar el procedimiento documentado. Realizar análisis de resultado. Solicitar y utilizar el reporte de matrícula del SIMAT. | Anual | Los resultados corresponden a las pruebas presentadas por los estudiantes de los grados 3o..5o.9o. año 2017, cuyos informes los entrega el ICFES al año siguiente (2018). Los niños que no presentaron las pruebas obedeció ausentismo el día del examen en los 274 establecimientos educativos (261 niños no presentaron, equivalente al (0,449%) niños no presentaron la prueba, total inscritos 36,245, presentes 36,082 equivalentes al 99,55%). Se adjuntan pantallazos del ICFES y SIMAT. Los estudiantes del grado 11-2018, todos presentaron las pruebas, debido a la exigencia para acceder a la Educación Superior. | Número de estudiantes que presentan las pruebas de los grados 3,5,7,9 / Número de estudiantes matriculados en los grados 3,5,7,9 * 100 36082/36245*100 = 99% Número de estudiantes que presentan las pruebas de los grados 11 / Número de estudiantes matriculados en los grados 11 * 100 7538/7539*100 = 100% | Coipa resultados pruebas año 2017 grados 3o, 5o y 9o. Copia resolución 0765 de 2017. Copia calendario pruebas saber. Copia soporte ICFES grado 11 2018. Copia reporte SIMAT, corte 30 junio de 2018. | Se realiza el debido seguimiento y análisis de los resultados a pruebas saber 2017, estudiantes grados 3o, 5o y 9o cuyo reporte los hace el ICFES al año siguiente, se presentó ausentismo en los 274 establecimientos educativos en donde 261 niños no presentaron la prueba. Se reporta que los estudiantes de grado 11 - 2018 todos presentaron la prueba. Se evidencia pantallazo SIMAT. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 23 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|---|----------------------|---|---|---|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Deficiencia en el reporte de la información para la consolidación, análisis y seguimiento de la evaluación institucional | <p>Elaborar publicar y remitir resolución de Evaluación Institucional.</p> <p>Elaborar y remitir circular a Rectores, Directores de Núcleo y Directores Rurales de Evaluación Institucional. Aplicar el procedimiento definido.</p> | Anual/ Trimestral | <p>Resolución de organización de la ruta de mejoramiento No. 533 del 21 de enero de 2019.</p> <p>Circular interna No. 002 DEL 23 de enero de 2019</p> <p>Cuadro de chequeo por provincia.</p> | <p>Número de EE con Autoevaluación Institucional reportada, consolidada y analizada / Número de EE que deben reportar la información de autoevaluación institucional * 100</p> <p>$217/272 * 100 = 80\%$</p> | <p>Copia resolución de organización de la ruta de mejoramiento No. 533 del 21 de enero de 2019.</p> <p>Copia circular interna No. 002 DEL 23 de enero de 2019</p> <p>Copia cuadro de chequeo por provincia.</p> | <p>A través de la resolución No 533 del 21 de enero de 2019 se relaciona la organización de la ruta de mejoramiento y a través de circular 002 del 23 de enero de 2019 se da la debida comunicación.</p> <p>Se evidencia seguimiento de autoevaluación por provincia durante los periodos 2015-2018.</p> |
| Deficiencia en la consolidación, análisis y seguimiento a los Planes de Mejoramiento Institucional PMI | <p>Elaborar, publicar y remitir resolución de PMI.</p> <p>Elaborar y remitir circular a Rectores, Directores de Núcleo y Directores Rurales para PMI. Aplicar procedimiento definido.</p> | Anual/ Trimestral | <p>A la fecha se han recibido 189 PMI para revisión, se anexa la Resolución 533 de 2019, como el correo de envió de esta Resolución a los EE.</p> <p>Así mismo el cuadro control por provincias donde se evidencia los PMI recibidos</p> | <p>Número de EE con PMI reportados, consolidados y analizados / Número de EE que deben reportar el PMI * 100</p> <p>$189/272 * 100 = 69\%$</p> | <p>Copia cuadro de control de PMI recibidos.</p> <p>Copia resolución 533 de 2019 con su respectivo correo de envió.</p> | <p>En copia del cuadro de control se evidencia los PMI recibidos del periodo 2018.</p> |
| Deficiencia en la Planificación, elaboración, ejecución y seguimiento al Plan de Formación Docente. | <p>Elaborar y ejecutar el plan territorial de formación Docente.</p> <p>Expedir circular para la ejecución del plan de formación docente.</p> <p>Aplicar el procedimiento Definido.</p> | Semestral | <p>Se realizo la convocatoria a las Universidades, Escuelas Normales, Centro de Investigación para postular sus representantes con el fin de Conformar el Comité Territorial de Formación Docente, mediante Acta No 089 de 23/02/2018 se integro este Comité y se prorrogaron los Programas de Formación Docente aprobados mediante Acta 086 de Diciembre de 2016. Se realizo convocatoria para presentar Programas de Formación Docente mediante Circular 148. Se conformaron los Subcomités del Comité de Formación Docente Mediante Acta 094, y a la fecha se capacitaron 2749 Docentes.</p> | <p>Número de Docentes capacitados / Número de Docentes por capacitar * 100</p> <p>$2749/7727 * 100 = 35\%$</p> | <p>Copia acta 089 de 2018.</p> <p>Copia acta 086 de 2016.</p> <p>Copia circular 148 de 2018.</p> <p>Copia acta 094 de 2018.</p> | <p>Durante el periodo se realizó la respectiva planificación, elaboración, ejecución y seguimiento al plan de formación docente.</p> <p>Soporte de evidencias.</p> |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 24 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|---|--------------|---|---|---|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Deficiencia en la formulación, ejecución y seguimiento de los Plan de apoyo al mejoramiento PAM. | Elaborar el Plan de Mejoramiento PAM. Ejecutar el Plan de Mejoramiento PAM. Realizar seguimiento al Plan de Mejoramiento PAM | Semestral | Se realizo el seguimiento a las actividades del PAM (mirar Cuadro anexo) | Número de actividades ejecutadas y con seguimiento en el PAM / Número de actividades programadas en el PAM * 100 $32/44 * 100 = 73\%$ | Copia seguimiento al desarrollo del PAM. Copia plan de apoyo al mejoramiento PAM. | Se realizó seguimiento a la elaboración y ejecución del plan de mejoramiento PAM |
| Demora en la elaboración del acto administrativo de distribución de planta. | Aplicar el procedimiento documentado. Aprobación de los estudios por el Comité Directivo. Elaborar y comunicar cronograma para la realización del estudio técnico. Expedición del decreto de distribución de planta oportunamente. | Anual | | Número de días utilizados para la distribución de la planta / Número de días programados para la distribución de la planta * 100 | No se encuentran evidencias. | No se encontraron evidencias que respalden el seguimiento a la acción de mitigación. |
| Subutilización de la planta Docente, Directivos Docentes y Administrativos. | Aplicar el procedimiento documentado. Elaborar actos administrativos oportunamente | Trimestral | Se elaboran actos administrativos de las novedades reportadas en cada mes por parte del grupo de talento humano, reportándolas en el sistema de información humano y en el cuadro en línea para su seguimiento y control | Numero de plazas reubicadas / Numero de plazas nuevas solicitadas * 100 | Copia cuadro seguimiento actos administrativos periodo 2018. | Seguimiento a los actos administrativos de las novedades durante el periodo 2018. |
| Desactualización de la información en el Sistema de Información de Gestión de Recursos Humanos HUMANO. | Aplicar el procedimiento documentado. Hacer cruce mensual de la planta de cargo con la nomina. Capacitación a funcionarios nuevos en el manejo del Sistema de Información de Gestión de Recursos Humanos HUMANO. Cuadro control de actos administrativos de novedades. | Mensual | Dentro del proceso de cargue de resoluciones correspondiente al primer trimestre de 2019 se recibieron un total de 676 novedades de planta de docentes y directivos docentes; anterior a este cargue se realiza el cruce de las resoluciones recibidas para entregar al equipo de nomina los formatos parametrizados para su respectiva liquidación. Así mismo se actualiza el cuadro de control de resoluciones en línea https://docs.google.com/spreadsheets/d/1eihab5qrippw0tjddear5gxbvx1a-tbpa0bj3apty/edit?ts=5bad3788#gid=121342281 identificando el mes correspondiente al cargue de la novedad. Anexo formatos informes de nomina | sistema de información / Número de actos administrativos de novedades expedidos * 100 ENERO $168/168 = 100\%$ FEBRERO $292/292 = 100\%$ MARZO $216/216 = 100\%$ | Copia cuadros de control de cargues de novedades. No hay evidencias de capacitaciones. | Relación de las diferentes novedades de nómina del periodo 2019 y actualización del cuadro de control de resoluciones. Uno de los puntos en la acción de mitigación, son las capacitaciones de lo cual no se recibió evidencias. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 25 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|---|--------------|--|--|---|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Deficiencia en el tramite de recobro de las incapacidades. | Realizar el tramite de recobro oportunamente. Cuadro control de incapacidades. Aplicar lista de chequeo de los documentos bases para el tramite del recobro. Oficios de recobro remitidos a la Fidupervisora s.a. | Mensual | Se acompaña oficio forest radicados No. 2019001213, 200180228147, 20190004314 y 20190049110, correspondiente a los recobros enviados a la FIDUPREVISORA, Bogotá, generados y cargados en las respectivas nominas de la vigencia 2019. | Número de incapacidades solicitadas para el recobro al FPSM / Número de incapacidades reportadas para el recobro* 100 Enero 76/76 *100 = 100% Febrero 0/0 *100 = 0% Marzo 58/58 *100 = 100% | Copias recobros a fidupervisora. | Copias relación recobro incapacidades vigencia 2019. |
| Desactualización de la información en las Historias laborales. | Aplicar el procedimiento documentado. Diligenciar la Hoja de Control Historias laborales. Reportar al Grupo Sistemas de Información de la SED, las historias laborales que presente algún tipo de inconsistencia para su corrección. | Mensual | El equipo de historias laborales realiza reporte al grupo de sistemas de información de las inconsistencias de las historias laborales para realizar su corrección, se anexa cuadro de registro. | Numero de novedades actualizadas en los sistemas de información / Numero de novedades generadas en Administración de Planta * 100 | Copia cuadro relación de incorporaciones y arreglos de las historias laborales en el sistema. | Se realiza seguimiento a la incorporación y correcciones a las historias laborales en el periodo septiembre- noviembre de 2018. |
| Demora en el procesamiento oportuno de la prenomina y la nomina. | Aplicar el procedimiento documentado. Elaborar cronograma de nómina. Verificar el ingreso correcto de novedades de nomina. Elaborar y visar prenominas para el pago de cada nómina. Hacer seguimiento a las incidencias enviadas a Soporte Lógico del MEN. Enviar circular sensibilizando al personal que ingresa novedades en el reporte oportuno de éstas. Hacer gestión ante la oficina de Sistemas de la Gobernación de Santander cuando se presenten inconvenientes con el internet. | Mensual | Se entrega del trimestre: Cronogramas de Nominas, evidencias de entrega de pre nóminas y nominas, soporte de las incidencias ante el MEN por el proceso de Nomina, Cartas a Directores de Talento Humano de docentes y administrativos, también a funcionarios solicitando que las novedades queden registradas en el mes que se causen e igualmente se ha solicitado que los grupos de Calidad Educativa, Cobertura Educativa e Inspección y vigilancia informen cualquier novedad que pueda afectar los salarios y prestaciones sociales de docentes y Directivos Docentes, Solicitudes de apertura de nomina- Se adicionan soportes mensuales de envío de FIA administrativo y Docente a Asopagos para validación. Oficios a personal que ingresa novedades solicitud para que hicieran las correcciones. Solicitud al Dr. Camilo Arenas, por fallas en internet. | Nominas entregadas a tiempo / Nominas procesadas en el mes * 100 Enero 1/1 *100 = 100% Febrero 1/1 *100 = 100% Marzo 1/1 *100 = 100% | Coipa cronograma nómina. | Relación de nóminas procesadas y entregadas para el último trimestre 2018 y primer trimestre 2019. |

| | | | |
|--|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 26 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|--|--------------|---|---|--|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| No evaluar el 100% de los docentes y directivos docentes de los establecimientos educativos nombrados bajo el decreto 1278 de 2002 | <p>Aplicar el procedimiento documentado.</p> <p>Informar oportunamente al Grupo Calidad Educativa para que investigue y tome los correctivos del caso.</p> <p>Circular enviada a los Directivos Docentes recordando las fechas de entrega de protocolo</p> | Semestral | <ul style="list-style-type: none"> E1: Se envió a los correos de los Rectores la Circular N° 103 de 2018 asunto: Recordatorio lineamientos para la evaluación anual de desempeño laboral año 2018 de Docentes y Directivos docentes que rigen por el Decreto Ley 1278 de 2002. E2: Se envió a los correos de los Rectores la Circular N° 010 de 2018 asunto: orientaciones evaluación periodo de prueba año 2018 de docentes y directivos docentes que rigen por el Decreto Ley 1278 de 2002. E3: Se envió a los correos de los Rectores la Circular N° 167 de 2018 asunto: Solicitud de protocolos evaluación periodo de prueba 2018. | <p>Número de docentes y directivos docentes evaluados / Número de docentes y directivos docentes a evaluar * 100</p> <p>3175/3381*100 = 94%</p> | <p>Copia resolución 452.</p> <p>Copia circular 038 de 2019.</p> <p>Copia informe evaluación de desempeño prueba 2018.</p> <p>Copias correos.</p> | Se ha realizado seguimiento a la evaluación docente en los respectivos establecimientos educativos durante el periodo 2018. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD . | Informe mensual del proceso de Atención al Ciudadano. | Mensual | Se presentó informe mensual de PQRDS a la Dirección de Atención al ciudadano con radicados: 20180192403 el día 06 de Noviembre de 2018 correspondiente al mes de Octubre, 20180212822, el día 05 de Diciembre de 2018 correspondiente al mes de Noviembre y 20190003667 el día 15 de enero de 2019 correspondiente al mes de Diciembre del 2018. Anexo Cuadro en Excel de los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre de 2018; en donde se refleja la información detallada de las PQRSD presentadas y las PQRSD respondidas. | PQRSD respondidas / PQRSD presentadas * 100 | Copia informe PQRSD. | <p>En relación de informe PQRSD, se identifican los siguientes radicados vencidos así;</p> <p>Periodo 2018:</p> <p>Julio(104),agosto (119),septiembre (77),octubre (52),noviembre (45) y diciembre (72)</p> <p>Para el primer semestre 2019: Enero (15), febrero (105),marzo (143) y abril (186).</p> |
| Información desactualizada y/o no vigente en el documento estado de EI | <p>Aplicar el procedimiento documentado.</p> <p>Diligenciamiento de formatos:</p> <p>Instrumento para caracterización estado de la EI. MI-GE-RG-317, caracterización del estado de la educación inicial.</p> | Anual | Se realizó la caracterización del estado de la educación inicial en Santander 2018, con la información suministrada por el ICBF y SIMAT para el desarrollo del documento. ver evidencia anexos (Instrumento de Educación inicial y Estado de la educación Inicial) | <p>Información recibida / Información requerida por el proceso * 100</p> <p>1/1*100 = 100%</p> | <p>Copia informe caracterización de la EI 2018.</p> <p>Copias soportes estado de la EI.</p> | En el periodo 2018, se realizó la caracterización de la educación inicial en Santander y se llevó acabo el seguimiento en los debidos formatos. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 27 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|--|--------------|---|---|---|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| No garantizar el nivel de servicio necesario, para dar respuesta a los requerimientos de acompañamiento técnico de las instituciones educativas de Educación Inicial en el territorio. | <p>Aplicar el procedimiento documentado.</p> <p>Diligenciamiento de formato MI-GE-RG-319 Plan de acción de acompañamiento Técnico en Educación Inicial</p> | Trimestral | Se ha brindado socialización de los referentes técnicos de la EI a las IE de los municipios de puerto parra y Zapatoca. Se recibieron dos requerimientos, por correo electrónico solicitando material pedagógico de los referentes técnicos de EI y brindar asistencia técnicas en los referentes; se les brindo la capacitación a los dos municipios con los maestros de transición de las siguientes IE: las montoyas, integrado de puesto parra y Alfonso López (puerto parra) y santo tomas, colegio nuestras Señora de la paz, IE las puentes y IE la plazuela en Zapatoca. | <p>Visitas de acompañamiento realizadas / Visitas de acompañamiento solicitadas * 100</p> <p>2/2*100 = 100%</p> | <p>Copias de requerimientos.</p> <p>Copias de asistencias técnicas.</p> | Durante el periodo se recibieron dos requerimientos y se les brindó capacitación en los diferentes municipios que lo requirieron. |
| Incumplimiento en el reporte de la Información de Evaluación Docente por parte de los Establecimientos Educativos Oficiales. | <p>Elaborar, publicar y remitir la resolución de Evaluación.</p> <p>Aplicar el procedimiento documentado.</p> | Anual | <p>En el año 2018 debían ser evaluados los siguientes: Directivos Docentes 186 y Docentes 2,581, Docentes en periodo de prueba 614 para un total de 3381 docentes y dar cumplimiento a la Resolución No.156 del 17 de enero de 2018.</p> <p>A 31 de diciembre del 2018 fueron evaluados: Directivos Docentes: 160, Docentes 2,423 y Docentes en periodo de prueba 592 para un total: 3.175 correspondiente a un porcentaje del 94%</p> <p>Están pendientes por evaluar: Directivos Docentes: 26 Docentes: 158, Docente en periodo de prueba.</p> | <p>Número de Docentes y Directivos Docentes evaluados / Número de Docentes y Directivos Docentes * 100</p> <p>3175/3381*100 = 94%</p> | <p>Copia resolución 0156 de 2018.</p> <p>Copia Circular de mayo de 2018.</p> <p>Copia informe resultados.</p> | Se hizo seguimiento a evaluación docente 2018, se presentan las respectivas evidencias. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 28 de 46 |

8. *Jurídica y contratación / oficina jurídica:* Se observa un (1) riesgo:

| DE APOYO | | | | | | |
|---|--|--------------|--------------------------------------|---|---|--|
| JURIDICA Y CONTRATACION/ OFICINA JURIDICA | | | | | | |
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | ADMINISTRATIVOS | SEGUIMIENTO |
| No garantizar la atención permanente a los procesos notificados | Monitorear periódicamente el cumplimiento de los procedimientos en los asuntos asignados de acuerdo a los términos de Ley. | Bimestral | Certificación e informes bimestrales | Número de procesos asignados/Número de procesos por reasignar*100. 648/648*100=100 | Copia relación procesos reasignados a apoderados del departamento y/o contratistas de la vigencia 2018-2019 así: julio- agosto 2018:101 procesos. Septiembre-octubre 2018: 115 procesos. Noviembre-diciembre 2018: 16 procesos. Enero-febrero 2019 : (101) 115 procesos. Marzo-abril 2019: (101) 132 procesos. Mayo-junio 2019: (101) 169 procesos. | Se realiza monitoreo periódico al cumplimiento de los procedimientos en los asuntos asignados de acuerdo a los términos de ley. En la relación de los periodos Nov-dic 2018, marzo-abril 2019 y mayo-junio 2019, no existe coincidencia en el total final, en paréntesis se escribe la suma real del total de procesos. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 29 de 46 |

9. **Tecnología de la información / secretaria de las TIC:** Se observa ocho (8) riesgos:

| TECNOLOGIA DE LA INFORMACION/ SECRETARIA DE LAS TIC | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|---|---|---|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Problemas de conectividad | Mantenimientos y monitoreo a la red lógica y física y brindar soporte a través de la Mesa de Ayuda | Semestral/ Cada vez que se requiera | <p>La Secretaría actualmente está realizando monitoreo a la red lógica desde el DATACENTER y los profesionales encargados se encuentran diligenciando diariamente la planilla de seguimiento AP-TIC-RG-16 Monitoreo de Servicios, donde se registra la revisión que se realiza al funcionamiento de servicios de internet y sistemas de información del edificio de la Gobernación de Santander (Se anexa evidencia de planillas de seguimiento debidamente diligenciadas denominada monitoreo de servicios, ubicada en carpeta evidencias 1. Problemas de conectividad).</p> <p>Las revisiones técnicas a la red se realizan de acuerdo a las necesidades del usuario que se registran a través de la Mesa de Ayuda, De igual manera las solicitudes realizadas por los usuarios de soporte se encuentran registradas en el software ARANDA, allí se puede verificar cada servicio y su trazabilidad, (Se anexa evidencia los informes de seguimiento denominados informe mesa de ayuda, ubicada en carpeta evidencias 1. Problemas de conectividad – Mesa de ayuda).</p> <p>De igual manera se está llevando a cabo la documentación requerida para implementar el plan de mantenimiento preventivo como procedimiento dentro del proceso de Tecnologías de la información y las comunicaciones con el fin de mantener funcionando correctamente los equipos de cómputo y redes de la Gobernación de Santander. (Se anexa evidencia las revisiones preventivas realizadas y actas de reunión para la creación del procedimiento mantenimiento preventivo, ubicada en carpeta evidencias 1. Problemas de conectividad – Mantenimientos preventivos).</p> | <p>Indicador: Numero de revisiones a la red</p> <p>Ejecutado: 4188 revisiones</p> <p>% Cumplimiento: 100%</p> | <p>Copias planillas de seguimiento.</p> <p>Copias check list revisión preventiva.</p> <p>Carta jornada de mantenimiento preventivo con fecha 13 febrero 2019.</p> <p>Acta # 2 con fecha 28 de mayo 2019, lineamientos para la implementación del procedimiento del mantenimiento.</p> <p>Informes mesas de ayuda.</p> | <p>La secretaria ha realizado monitoreo diario a la RED durante el periodo julio-diciembre de 2019 y enero-junio de 2019.</p> <p>Carta con fecha 13 de febrero de 2019, jornada de revisión preventiva con las respectivas copias soportes de check list, de realización de las revisiones preventivas de funcionalidad de equipos de computo durante el periodo febrero- abril de 2019, en las diferentes dependencias de la Gobernación.</p> <p>Informes mesas de ayuda de los periodos 2018 y 2019, con las diferentes estadísticas de resultados.</p> |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 30 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|---|--|----------------|--|---|--|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Administrativos | | | | | | |
| Obsolescencia de tecnología | Solicitar a la secretaría General la adquisición de equipos y software | Anual | <p>Con el fin de realizar la actualización tecnológica de los equipos de cómputo de la Administración Departamental, la Secretaría de TIC se contempló y se programó la actualización de infraestructura tecnológica dentro del plan anual de adquisiciones por un valor de \$8.762.000.000, donde se incluyen las necesidades tecnológicas como: Escáneres, Impresoras de inyección de tinta, Impresoras láser, Computadores de escritorio, Computadores personales, Unidades de suministro de energía, entre otros. De igual manera en diferentes ocasiones se ha solicitado a la secretaría General implementos y materiales necesarios para realizar mantenimiento a las redes internas de la Gobernación con el fin de que sean actualizadas. (Se anexa evidencia las solicitudes realizadas a la Secretaría General y copia del plan anual de adquisiciones, ubicada en carpeta evidencias 2. Obsolescencia de tecnología).</p> <p>De igual manera el día 1 de abril de 2019, se realizó la contratación de la renovación de 1000 licencias de sistema de seguridad de antivirus para estaciones de trabajo y servidores de la Gobernación de Santander, destinados para la protección de las estaciones de trabajo y diversos servidores de datos que son utilizados por funcionarios al interior de la entidad, estos software de protección contra virus, genera mayor seguridad a la administración en razón que evita la injerencia de softwares maliciosos mediante ataques informáticos que buscan robar información o causar daño físico a los equipos de cómputo; (se anexa copia de ejecución del contrato No.952 de 2019 cuyo objeto es: "RENOVACIÓN DE 1000 LICENCIAS DE SISTEMAS DE SEGURIDAD DE ANTIVIRUS PARA ESTACIONES DE TRABAJO Y SERVIDORES DE DATOS DE LA GOBERNACIÓN DE SANTANDER" ubicada en carpeta evidencias 2. Obsolescencia de tecnología Contrato 952 de 2019 - Antivirus.)</p> | <p>Indicador: Numero de oficios o solicitudes enviadas</p> <p>Ejecutado: 3 oficios de requerimiento de materiales 1 contrato de adquisición software de antivirus</p> <p>% Cumplimiento: 100%</p> | <p>Carta con fecha 11 de marzo 2019, concepto técnico de impresoras.</p> <p>Cartas con fechas 04 de marzo dirigida al coordinador del grupo de recursos físicos y 15 de mayo de 2019 dirigida a secretaría de las TIC, solicitud de materiales. Copia plan anual de adquisiciones.</p> <p>Contrato 952 de 2019, antivirus.</p> | <p>Mediante carta con fecha 11 de marzo se dejó constancia del concepto técnico de las impresoras ubicadas en diferentes áreas de la Gobernación.</p> <p>Copia plan anual de adquisiciones que respalda las diferentes solicitudes presentadas.</p> |
| Perdida de la información en servidores | Backup Preventivo para Datacenter | Una vez al día | <p>Diariamente el equipo de profesionales del DATACENTER realiza una copia de seguridad a las bases de datos almacenadas en los servidores 7.45, 7.69, 7.86 y el sistema de información Guane de la Gobernación de Santander, estas copias están programadas en el motor de base de datos, luego se verifica que la copia se realice correctamente, siempre ejecutando estas actividades siguiendo lo descrito en el procedimiento existente con código AP-TIC-PR-06. Se anexa informe de seguimiento a las copias de seguridad de base de datos de S.I. realizadas a diario. Estas copias se pueden evidenciar en los servidores del datacenter.</p> | <p>Indicador: Copia de seguridad efectuados /Copia de seguridad programados *100</p> <p>Ejecutado: 6783 copias</p> <p>% Cumplimiento: 100%</p> | <p>Copias de seguridad.</p> | <p>Se evidencia seguimiento a copias de seguridad de los periodos julio-diciembre de 2018 y enero-junio 2019</p> |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 31 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|---|-------------------------------------|---|---|----------------------------|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS Ingreso de personas no autorizadas a los sistemas de información | Reglamento de Uso y acceso a la Información - Formato Creación o Modificación de Usuario | Semestral/ Cada vez que se requiera | La política de uso y acceso a la información se encuentra publicada al inicio de sesión en cada uno de los equipos conectados a la red de la Gobernación de Santander, de igual manera en el formato Creación o Modificación de Usuario código: AP-TIC-RG-08, al solicitar la creación o modificación de usuario, el solicitante acepta y se compromete a dar buen uso a los sistemas de información y a dar cumplimiento a la política y/o reglamento existente para su administración y gestión. Se anexa copia de las solicitudes realizadas para la creación o modificación de usuarios para el ingreso a los Sistemas de información. Es importante aclarar que el total de las solicitudes hace referencia a la cantidad de formatos AP-TIC-RG-08 - CREACIÓN O MODIFICACION DE USUARIOS recibidos, sin embargo en un mismo formato es posible solicitar creación o modificación de usuarios de dominio, correo electrónico institucional y Guane, el caso de los usuarios que se encuentran por prestación de servicios deben solicitar reactivación de usuarios cada vez que inicie un nuevo contrato, por lo tanto esta solicitud es modificación de usuarios. (Se anexa evidencia los informes presentados con el seguimiento trimestral realizado a las solicitudes atendidas y copia de formatos recibidos, ubicada en carpeta evidencias 5. Ingreso a los SI – Formatos de solicitudes; Informes trimestrales). | Indicador: Usuarios creados / N°. Usuarios solicitados*100 Ejecutado: 1354/1354 usuarios % Cumplimiento: 100% | Copia informe. | Se informa que la política de uso y acceso de información se encuentra publicada al inicio de sesión en cada uno de los equipos conectados a la red de la Gobernación. Se realiza seguimiento a creación o modificación de usuarios periodos 2018 y 2019, se presenta informe. |
| Cortes no programados en la red de suministro Eléctrico Regulado. | Realizar el mantenimiento al sistema ininterrumpido de potencia. | Trimestral | Se firmó contrato de prestación de servicios el día 4 de diciembre de 2017 No.2609, cuyo objeto es "SUMINISTRO DE UN SISTEMA DE PROTECCIÓN Y RESPALDO ELÉCTRICO, ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA E INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA DE ALMACENAMIENTO, PROCESAMIENTO Y PROTECCIÓN DEL DATACENTER DE LA GOBERNACIÓN DE SANTANDER." Dando cumplimiento a las necesidades establecidas en lo descrito contractualmente, se mejoró la disponibilidad del DataCenter de la entidad con la adquisición de una UPS con capacidad de 80 KVA, que se conectó en modo redundante paralelo al DataCenter y de igual forma protege y respalda todas las estaciones de trabajo ubicadas en diferentes áreas de la Gobernación de Santander. La instalación de este sistema de protección ha logrado que no se vuelvan a presentar cortes no programados de suministro eléctrico, cumpliendo con el funcionamiento en un 100%, esta UPS cuenta con una garantía de 5 años. Este es el link de consulta del contrato http://172.16.7.42/contratos/temporal/carpeta/2017_000000002609_0.pdf (Se anexa evidencia copia de contrato No.2609 de 2017, ubicada en carpeta evidencias 6. Cortes de energía). | Indicador: Numero de oficinas o solicitudes enviadas Ejecutado: 1 Contrato 0 cortes de energía no programados % Cumplimiento: 100% | Copia contrato. | Copia contrato por medio del cual se da suministro de sistema de protección y respaldo eléctrico, actualización y mantenimiento correctivo de la infraestructura física y tecnológica de almacenamiento, procesamiento y protección del DATACENTER de la Gobernación de Santander. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 32 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|--|--------------|---|---|--|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Administrativos Publicación de información errónea en el portal web | Designar funcionario o contratista encargado de las publicaciones de contenidos web. | Semestral | En la Dirección de Sistemas de información se delegó contratista profesional quien es el encargado de realizar las publicaciones de información generada por las diferentes dependencias de la Administración Central, cumpliendo estrictamente con la aplicación del procedimiento AP-TIC-PR-05 (Administración de contenidos en sitios web de la Gobernación de Santander), cada dependencia tiene asignado un usuario y contraseña para ingresar al aplicativo web "Formato Único de Contenidos Web" para realizar un control sobre la información solicitada a ser publicada, este aplicativo se puede consultar en el siguiente link. http://intragober.santander.gov.co/?page_id=9861 , (Se anexa evidencia reporte de las solicitudes realizadas y publicadas en la página web, ubicada en carpeta evidencias 7. Publicación errónea en el portal Web.) | Indicador: Formatos de solicitudes de publicaciones web, Autorizaciones a funcionarios de otras dependencias Ejecutado: 432 publicaciones solicitadas a través del formato % Cumplimiento: 100% | Informes publicaciones periodos 2018 y 2019. | Se ha realizado seguimiento a las publicaciones durante los periodos 2018 y 2019. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo. | Realizar acciones de seguimiento trimestrales al cumplimiento del Plan de Acción | Trimestral | Cada dos meses se realiza un seguimiento a las metas propuestas en el plan de desarrollo mediante el cumplimiento del plan de acción. Estos informes deben ser presentados a la Secretaría de Planeación para consolidar las metas. (Se anexa evidencia los informes presentados ante la secretaria de Planeación con el seguimiento realizado a cada una de las metas del Plan de Desarrollo Departamental, ubicada en carpeta evidencias 4. Incumplimiento de la meta PDD – Informes Gestión PDD). | Indicador: Metas cumplidas / metas programadas Ejecutado: 5 informes de seguimiento. Y cumplimiento de metas propuestas en PDD. % Cumplimiento: 88,09% | Informe seguimiento de metas periodo 2018. | Los resultados de avances con corte a diciembre 31 de 2018 son: - Avance por secretaria el 48.70% - Avance por tema de desarrollo: en ciencia, tecnología e innovación y tecnologías de la información y las comunicaciones 53,33% y 46.67% respectivamente. - En el Avance por programa se evidencian 4 ítems en el 50% y por debajo del cumplimiento. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | Seguimiento semanal por la Dirección a las PQRSD recibidas. Seguimiento mensual por parte de la Dirección de Atención al Ciudadano. | Mensual | Al momento de recibir una PQRSD esta es registrada en la libro de seguimiento de correspondencia, donde se ingresa toda la información sobre el remitente y su petición, está es designada para su respuesta o atención, hay un funcionario encargado de hacer seguimiento a estas peticiones y que su respuesta sea entregada dentro del tiempo establecido, así mismo en comités internos de la secretaría se revisan tareas pendientes y tareas realizadas, se recuerda a cada servidor público la importancia de tener su correspondencia al día, (Se anexa evidencia informe por aplicativo forest de las comunicaciones que han sido asignadas a esta dependencia, ubicada en carpeta evidencias 8. Seguimiento PQRSD.) | Indicador: PQRSD contestadas / PQRSD recibidas. Ejecutado: 582 /582 PQRSD % Cumplimiento: 100% | Informes PQRSD periodos 2018 y 2019. | Según informe se evidencian todos los radicados finalizados para el periodo 2018, para el periodo 2019 en el mes de mayo uno vencido. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 33 de 46 |

10. **Proceso Administración Institucional:** Presenta los siguientes informes:

10.1. **Fondo de Pensiones:** Se observan dos (2) riesgos:

| ADMINISTRACION INSTITUCIONAL | | | | | | |
|--|--|--------------|---|---|--|--|
| MAPA DE RIESGOS FONDO DE PENSIONES | | | | | | |
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | ADMINISTRATIVOS | SEGUIMIENTO |
| Pago no oportuno de los bonos y cuota parte de bono pensional. | Reducir el tiempo del trámite de pago de bono y cuota de bono pensional. Verificar los tiempos de servicios laborados con larchivo central de la entidad. | Trimestral | Relación Bonos cancelados en el II trimestre de 2019 | Número de días que transcurren entre la solicitud y el reconocimiento del bono o de la cuota parte pensional : TREINTA DIAS (30) | Copia relación bonos cancelados segundo trimestre 2019. | Relación pago de bonos segundo trimestre 2019. |
| Pago no oportuno de las cuotas partes pensionales por pagar. | Realizar las actividades necesaria para realizar el pago dentro del tiempo establecido. | Trimestral | Relación de cuotas partes canceladas en el II trimestre de 2019 | Número de días que transcurren entre el cobro de la cuota parte pensional y el pago de la cuota parte pensional: DE TREINTA A CUARENTA Y CINCO DIAS (30- 45) | Copia relación de cuotas partes canceladas segundo trimestre 2019. | Se relaciona cuotas partes canceladas durante el segundo trimestre 2019. |

10.2. **Contratación de bienes y servicios:** Se observan dos (2) riesgos:

| CONTRATACION DE BIENES Y SERVICIOS | | | | | | |
|---|---|--------------|---|--|--|--|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | ADMINISTRATIVOS | SEGUIMIENTO |
| Demora en la consolidación y actualización del plan anual de adquisiciones. | Aplicar el manual de contratación de la entidad y guías expedidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública -Colombia Compra Eficiente. | Anual | Plan Anual de Adquisición | Plan Anual de Adquisición consolidado, enviado, actualizado y publicado. | Relación plan anual de adquisición periodos 2018 y 2019. | Plan anual de adquisiciones periodos 2018 y 2019 actualizados. |
| Deficiencias en el análisis de la idoneidad de los contratistas de acuerdo a las necesidades de la entidad. | Análisis de las necesidades requeridas por la Secretaría y/u Oficinas acordes con la experiencia y competencia del personal a contratar. | Semestral | CPS de las Secretarías acorde a las necesidades solicitadas | Numero de secretarías con CSP acorde a las necesidades solicitadas / Número total de Secretarías | Informe CPS periodo 2018 y 2019. | Relación de CPS periodos 2018 y 2019 para las diferentes dependencias de la Gobernación. No se evidencia estudio análisis de perfil. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 34 de 46 |

10.3. **Talento Humano:** Se observan cuatro (4) riesgos:

| TALENTO HUMANO | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Liquidación incorrecta de la Nómina de los Funcionarios Públicos | Realizar capacitación a funcionarios encargados del proceso. Revisión aleatoria mensual a la liquidación del sistema de factores salariales y prestaciones sociales Cotejo mensual de cifras del producto nóminas elaboradas | Anualmente Mensualmente Mensualmente | Liquidación de nómina. | (No. Funcionarios capacitados / No. Funcionarios vinculados en el procedimiento / Liquidación nómina) $(0 / 0) * 100 = 0$ (No. Revisiones realizadas / No. Revisiones programadas) $(12 / 12) * 100 = 100 \%$ (No. Cotejos aleatorios realizados / No. Cotejos programados) $(12/12) * 100 = 100 \%$ | Relación liquidación nómina mes julio de 2018. | En copia anexa se evidencia liquidación nómina periodo julio 2018. No se evidencia planillas de asistencia a capacitaciones relacionadas con el tema. |
| Deficiente e insuficiente inducciones, re inducciones y capacitaciones incumplimiento del Plan Institucional de capacitación. | Seguimiento mensual de las actividades de capacitación, inducción y reintucción en su ejecución | Trimestral | Planilla de inducción y reintucción. | (inducciones, Número de reintucciones y capacitaciones ejecutadas / Número de inducciones, reintucciones y capacitaciones planificadas) $(12 / 16) * 100 = 75\%$ | Relación planillas. | Se evidencia planillas de capacitaciones periodo 2018 y periodo mayo- junio 2019. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo | Realizar acciones de seguimiento bimestral al cumplimiento del Plan de Acción | Bimestral | Tablero de avances de metas de la secretaria general. | Metas cumplidas /metas programadas $(5 / 8) * 100 = 62.5 \%$ | Se hace relación sobre la acción de mitigación pero no encontró tablero de avances. | No se encontraron evidencias del tablero de avances de metas. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | seguimiento semanal del aplicativo en la Secretaría. Seguimiento mensual por parte de atención al ciudadano. | Bimestral | | PQRSD respondidas/PQRSD presentadas | No se encontró evidencias. | No se encontraron evidencias para la acción de mitigación. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 35 de 46 |

10.4. **Gestión Documental:** Se observan seis (6) riesgos, uno de ellos no presenta evidencia:

| GESTION DOCUMENTAL | | | | | | |
|--|---|--------------|---|---|--|---|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | ADMINISTRATIVOS | SEGUIMIENTO |
| Perdida en el préstamo de documentación del archivo central | Mayor control en los préstamos de la documentación | Bimestral | Libro de préstamos | No de devoluciones / No de préstamos* 100 JUL/AGO 2018 (34/38)*100= 89% SEP/OCT 2018 (23/23)*100= 100% NOV/DIC 2018 (8/8)*100%=100% ENE/FEB 2019 (6/14)*100=43% MAR/ABR 2019 (20/26)*100= 77% MAY/JUN 2019 (19/29)*100= 66% | No se encuentra evidencia libro de préstamos. | Se relaciona ejecución para la acción de mitigación pero no se encuentra copia de evidencias. |
| Deterioro de los documentos | Intervención del espacio físico para el control de humedades y prevención de incendios digitalización del archivo central fumigación y mantenimiento de las condiciones ambientales del espacio | Semestral | Informe Final Contrato 797 de la empresa 472 (traslado archivo departamental) | (fumigaciones realizadas / fumigaciones programadas) * 100 = (1/1)*100= 100% | Informe con fecha 31 de diciembre de 2018 del contrato 797 . | En el informe presentado del contrato 797 se evidencia dentro de las actividades realizadas, la limpieza y fumigación de 4753 metros lineales de documentación almacenada en la antigua licorera y en el archivo departamental. |
| No realización de transferencias primarias y desactualización de las TRD | *Elaborar anualmente programa de transferencias involucrando a todas las dependencias *Revisión y actualización de las TRD por dependencias | Anual | Circular cronograma transferencias documentales 2018 Oficios de transferencias documentales realizadas, la oficina que realizó el mayor volumen de transferencias fue la oficina Jurídica Oficio con Cronograma de Actualización TRD 2019 enviado a cada Secretaría | (Número de oficinas que realizaron transferencia de acuerdo con TRD) / (Número De Oficinas Productoras)*100 (25/121)= 21% | Oficio con fecha 21 junio de 2109, Cronograma de Actualización TRD enviado a cada Secretaría. Cronograma de actualización de TRD periodo julio-octubre 2018. Oficios de transferencias periodo 2019. | Se realizó cronograma de actualización de TRD para el periodo 2018. Se realizaron transferencias documentales durante el periodo 2019. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 36 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|---|---|--------------|---|---|--|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Administrativos Incumplimiento a la ley de archivo | Capacitación por dependencias sobre la aplicación de las normas archivísticas y la correcta aplicación de las TRD | Anual | CapGD2DOSEM2018 CapacitacionesGD2019 | (Número de capacitaciones efectivas)/(Número de solicitudes de capacitación) *100 (15/15)*100=100% | Evidencias capacitaciones. | Se evidencia capacitaciones realizadas periodo junio- septiembre de 2018 y periodo febrero-mayo de 2019. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo. | Realizar acciones de seguimiento Bimestral al cumplimiento del Plan de Acción | Bimestral | Solicitud de modificación de Meta del Plan de Desarrollo Respuesta a solicitud de modificación de Meta del Plan de Desarrollo Informe pacto por la transparencia 2019 (Punto 9.1 Ley de Archivos) El cumplimiento de la mayoría de las metas culmina al final del cuatrenio | (Metas cumplidas en la vigencia/metras programadas en la vigencia)*100 (2/6)* 100= 33,33% | Solicitud de modificación de Meta del Plan de Desarrollo Respuesta a solicitud de modificación de Meta del Plan de Desarrollo Informe pacto por la transparencia 2019 (Punto 9.1 Ley de Archivos). El cumplimiento de la mayoría de las metas culmina al final del cuatrenio | No se evidencia informe avances de metas plan de desarrollo. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD - | * Seguimiento semanal del aplicativo en la Secretaría. * Seguimiento mensual por parte de atención al ciudadano. responsable e idónea. | Mensual | Informe FOREST del 1 de julio 2018 al 30 junio de 2019 | PQRSd respondidas/PQRSd presentadas | Informe FOREST del 1 de julio 2018 al 30 junio de 2019 | Se detecta un alto número de radicados vencidos tanto en el periodo 2018 como en el periodo 2019. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 37 de 46 |

10.5. Recursos Físicos: Se observan diez (10) riesgos: Las secretaria salud sólo presentó evidencias de un riesgo pero periodo 2017 y la oficina de contratación de bienes y servicios no presentó el informe.

| RECURSOS FISICOS | | | | | | |
|---|--|--------------|--|--|--|--|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) ADMINISTRATIVOS | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| No suministro de Elementos Requeridos | 1. Ejecutar el Plan Anual de Adquisiciones. 2. Atender el 100% de las solicitudes de pedido. | Semestral | A 30 de junio de 2019, se ha publicado 3234 líneas en el plan anual de adquisiciones. Esta información se puede verificar en el sistema GUANE. | Número Pedidos Entregados / Número Pedidos Recibidos | No se encuentran evidencias, se solicita verificar en GUANE. | Dependencia solicita verificar evidencias en sistema GUANE |
| Incumplimiento de las solicitudes en los tiempos establecidos | 1. Verificar la fecha de solicitud contra la fecha de terminación del servicio. 2. Dar repuesta al 100% de las solicitudes de servicio. | Semestral | En la verificación de la fecha de solicitud contra la fecha de terminación del servicio, se ha cumplido en un 100% d estas solicitudes, estos documentos se encuentran en la carpeta de requerimientos y servicios de recursos físicos para su verificación está enumerada de 001 a 327, se anexa primera y última hoja. | Número de solicitudes de servicio resueltas en el tiempo establecido/ Número de solicitudes de servicio resueltas 305/305 Número de solicitudes de servicio resueltas 100% | Relación copia de hoja de requerimiento de servicios 001 y la 327. | Se ha dado respuesta a solicitudes de servicio. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo | Realizar acciones de seguimiento bimestral al cumplimiento del Plan de Acción. | Bimestral | | Metas cumplidas / Metas programadas | No presentaron informe de seguimiento ni se evidencia evaluación. | Sin informe. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | 1. Seguimiento semanal del aplicativo en la Secretaría. 2. Seguimiento mensual por parte de Dirección de Atención al Ciudadano. | Mensual | | PQRSD respondidas / PQRSD presentadas | No presentaron informe de seguimiento ni se evidencia evaluación. | Sin informe. |

INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO

| | |
|----------------------------|--------------|
| CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| VERSIÓN | 1 |
| FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| PÁGINA | 38 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|---|---|--------------|--|--|---|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Desactualización del inventario de Bienes Muebles de los funcionarios de planta de la Secretaría de Educación. | 1. Elaborar circular solicitando la rendición individual anual del Inventario de Bienes Muebles por Responsable. 2. Rendición anual del Inventario general de la SED. (Cierre contable anual de inventarios). | Semestral | 1. Se elaboró la circular No. 035 del 03 de Diciembre de 2018 mediante la cual se recuerda a los funcionarios el deber y responsabilidad de rendir anualmente los inventarios de los bienes a su cargo Planilla de recibido de circular de entrega de inventario por responsable firmado por cada uno de los funcionarios que tienen bienes a cargo 2. Se acompañan soportes de las conciliaciones de activos fijos, en el cual se diligencia las cuentas con saldo al comparar el balance de prueba mensual emitido por la oficina de Contabilidad de La SED vs El comprobante de movimiento contable arrojado por el sistema Guane Módulos Propiedad Planta y Equipo - Inventarios. | Número de inventarios de bienes muebles rendidos y registrados/ Número de inventarios de bienes muebles por responsable registrados en el sistema de activos fijos *100 $69/70 * 100 = 98\%$ Número de conciliación saldos de activos fijos realizados en el periodo / Número de conciliación saldos de activos fijos programados en el periodo *100 $12/12 * 100 = 100\%$ | Copia circular 035 diciembre 2018. Copia planilla de recibido de circular. Copias soportes de conciliaciones. | Se realiza elaboración y publicación de circular No 035. Se realizan las respectivas conciliaciones de activos fijos. |
| No rendición de la Relación de inventario de los Bienes Muebles de los EE de los Municipios No Certificados del Departamento. | 1. Elaborar circular solicitando a los EE el cumplimiento del reporte de Inventario. 2. Rendición semestral de bienes de consumo controlado y devolutivos. 3. Rendición anual de los Inventario de bienes muebles de los EE de los municipios no certificados del Departamento. | Semestral | 1. Se elaboró la circular No 025 del 03 Septiembre de 2018 mediante la cual se dan indicaciones pertinentes a la rendición anual de inventarios a cargo de la EE * Se envió comunicación a la oficina de Inspección y vigilancia indicando las EE que no han incumplido con la rendición de inventarios del año 2017 * Se envió correo electrónico a las instituciones educativas solicitando el envío del inventario 2. Se elaboró circular No. 024 del 03 de Septiembre de 2018 mediante la cual se recuerda el envío semestral de bienes de consumo controlado y devolutivos adquiridos durante el semestre. 3. Se presenta informe de rendición anual de inventarios por EE, para conocer el porcentaje de EE que han reportado la información | Número de inventario de bienes muebles de los EE rendidos y registrados anualmente / Número de EE que deben reportar inventario *100 $242/272 * 100 = 89\%$ | Copias circulares 025 de 2018 y 024 de 2018. Copia informe rendición anual de inventarios. | Presentación de informe de rendición anual de inventarios 2017 con un porcentaje del 89% de entregados. |
| Registro erroneo de los ingresos y egresos de los bienes de Almacén. | Verificar la información de los soportes de ingreso y egresos de bienes de Almacén con lo registrado en el Sistema de Información de Almacén. | Mensual | Una vez revisados los informes que se generan por el sistema Guane se constata que durante el primer y segundo semestre de 2018 la Secretaria de Educación, no ha realizado ingresos y egresos de bienes al almacén | Número de registros verificados con el Sistema de Información de Almacén / Número de registros de movimientos realizados * 100. | Copia formato sistema guane periodo 2018 y primer semestre 2019. | Se evidencia que durante el periodo 2018 y primer semestre 2019 la secretaria de educación no ha realizado ingresos y egresos de bienes de almacén. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 39 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|---|--------------|---|--|--|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Recibir bienes y servicios sin las condiciones técnicas adecuadas acorde al objeto y obligaciones del contrato. | Designación del personal idoneo para la supervisión. | Semestral | | Numero de investigaciones generadas en el Grupo de Recursos Físicos de la SSD / Total de contratos ejecutados por el Grupo de Control y Vigilancia de la Secretaría de Salud Departamental. | No presentaron informe de seguimiento ni se evidencia evaluación. | La secretaria de salud argumenta que este riesgo no pertenece a esta dependencia. |
| No adjudicación de la titulación de inmuebles y licencias de transito del parque automotor de las ESEs del Departamento. | Gestionar recursos presupuestales para la transferencia de bienes | Anual | | Número Bienes asignados a las ESEs del Departamento / Total de Bienes Muebles e Inmuebles a transferir. | No presentaron informe de seguimiento ni se evidencia evaluación. | La secretaria de salud argumenta que este riesgo no pertenece a esta dependencia. |
| Desactualización del inventario de Bienes Muebles e Inmuebles de los Funcionarios de Planta de la Secretaría de Salud Departamental. | 1. Elaborar Circular solicitando la rendición individual anual del inventario de bienes Muebles por responsable. 2. Rendición Anual del Inventario general de la Secretaría de Salud Departamental (Cierre contable anual de inventarios). | Semestral | <ul style="list-style-type: none"> • Circular anual de inventarios • Rendición de inventario general de la Secretaria de Salud. | 1. Número de inventarios de bienes muebles rendidos y registrados / Número de inventarios bienes muebles por responsable de los funcionarios de Planta de la Secretaría de Salud Departamental registrados en el Sistema de Activos Fijos * 100. 2. Número Bienes Inmuebles Registrados en el Sistema de Activos Fijos / Número Bienes Inmuebles del Sector Salud * 100. 3. Cierres Contables Realizados en el periodo / Cierres Contables Programados en el periodo * 100 | Copia circular No 212 del 20 noviembre de 2017, rendición de inventarios 2017. Copia inventario al 31 de diciembre de 2017. | Las evidencias anexas, corresponden al periodo 2017, para el periodo 2018 no se encuentran evidencias. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 40 de 46 |

10.6. **Control Disciplinario:** Se observan dos (2) riesgos:

| CONTROL DISCIPLINARIO | | | | | | |
|--|---|--------------|--|---|---|--|
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Insuficiencia en el espacio físico de la Oficina y en los cubículos de cada profesional para archivar los expedientes. | Solicitar a la Secretaría General la dotación de archivadores para el almacenamiento y protección de los expedientes. | Trimestral | <p>PARA EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2018 SE REALIZARÓN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:</p> <p>1. Oficio de fecha 24 de julio de 2018 dirigido al Secretario General reiterando solicitud de cubículos, archivadores y sala de audiencias, recibiendo respuesta el 23/10/2018 y 25/10/2018</p> <p>PARA EL PRIMER SEMESTRE DEL 2019 NO SE REALIZARON ACTIVIDADES en razón a la respuesta dada por el Secretario General de incluimos en los proyectos de obras menores a iniciarse en el primer periodo del año 2019.</p> | <p>Número de procesos asignados a cada funcionario / Número de expedientes físicos que cada funcionario tiene en su cubículo</p> <p>CONSOLIDADO JULIO 01 30/2018 A JUNIO 30/2019</p> <p>252/294 = 100%</p> | <p>Oficios de solicitud de fecha 24 de julio de 2018.</p> <p>Oficio de respuesta con fecha 23 de octubre de 2018.</p> <p>Oficio de respuesta con fecha 25 de octubre de 2018.</p> | <p>Relación de oficios de solicitud de archivadores, cubículos y sala de audiencias, con sus respectivas respuestas de solución.</p> |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo. | Realizar acciones de seguimiento bimestrales al cumplimiento del Plan de Acción | Bimestral | <p>PARA EL SEGUNDO SEMESTRE DE 2018 SE REALIZARÓN LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:</p> <p>1. Se anexa informe de avance y cumplimiento a 31 de diciembre de 2018 de procesos atendidos y capacitaciones realizadas 2018 (segundo semestre)</p> <p>PARA EL PRIMER SEMESTRE DEL 2019 SE REALIZARON LAS ACTIVIDADES QUE SE RELACIONAN:</p> <p>1. Se anexa informe de avance y cumplimiento a 30 de junio de 2019 de procesos atendidos y capacitaciones realizadas</p> | <p>Metas cumplidas / metas programadas</p> <p>CONSOLIDADO PRIMER INDICADOR PROCESOS ATENDIDOS</p> <p>2018 272 X 100 / 200 = 136%</p> <p>2019 (junio 30) 90 X 100 = 45%</p> <p>SEGUNDO INDICADOR CAPACITACIONES</p> <p>2018 351 X 100 / 250 = 136%</p> <p>2019 (junio 30) 595 X 100 / 250 = 238%</p> | <p>Copias informes de avances periodos 2018 y 2019.</p> | <p>Se evidencia seguimiento al cumplimiento de las metas del plan de desarrollo, sexto bimestre 2018 y segundo bimestre 2019.</p> |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 41 de 46 |

11. Proceso Gestión Financiera – Secretaría de Hacienda: Se observan trece (13) riesgos, tres (3) de ellos no presentan evidencias:

| GESTION FINANCIERA | | | | | | |
|---|---|---------------|---|--|--|---|
| SECRETARIA DE HACIENDA | | | | | | |
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | ADMINISTRATIVOS | SEGUIMIENTO |
| Liquidación y aplicación errónea de las retenciones y otras deducciones legales en los pagos a realizar | 1. Aplicar las normas tributarias y fiscales 2. Capacitar al personal que hace las deducciones 3. Documentar el procedimiento | Cuatrimestral | En el primer semestre de 2019 la Dirección de Tesorería realizó 7 devoluciones de obligaciones contraídas. En el primer semestre de 2019 se efectuaron ajustes por concepto de retención en la en la fuente, RETEIVA Y RETEICA, registrados en las Notas de contabilidad No. 19000026, 19000086, 19000151 y 19000165. | 1.Obligaciones Contraídas devueltas por Tesorería / Obligaciones Contraídas elaboradas. 7 / 5357 = 0,13%. ARCHIVO 1 2.Solicitudes de devolución de retenciones y/o deducciones improcedentes. Total 4 devoluciones en el primer semestre 2019. ARCHIVO 2 | Copia relación devoluciones obligaciones contraídas. Notas de contabilidad No 19000026, 19000151 y 19000165. Relación lista de traslados por error de cuentas. | Durante el primer semestre de 2019, de 5357 obligaciones contraídas radicadas se hizo devolución de 7. Se evidencia notas de contabilidad del primer semestre 2019 con ajustes por concepto de Retención en la fuente, reteica y reteiva. Se relaciona lista de traslados por error de cuentas durante el primer semestre 2019. |
| Imputación contable inapropiada en el registro de las transacciones financieras | 1. Documentar los procedimientos para el registro contable 2. Capacitar al personal involucrado en el proceso contable | Cuatrimestral | Se anexa archivo con las notas de contabilidad realizadas en el primer semestre de 2019, referente a reclasificaciones y ajustes en la implementación de las políticas Contables de la Gobernación de Santander . En el primer semestre del 2019 se solicitó a la DIAN capacitación en el tema de RETENCION EN LA FUENTE y fue dada el 10 de abril de 2019 a las 2:00 p.m. en el auditorio principal de la DIAN – B/manga. | 1.Notas de contabilidad por ajustes, reclasificaciones y/o correcciones. ARCHIVO 3 2. Capacitación al personal involucrado en el proceso contable. Total 1. | Copia notas de contabilidad primer semestre 2019. | Relación notas de contabilidad No 1900026,19000151 y 19000165. No se encuentra evidencia de oficio de solicitud de capacitación a la DIAN, tampoco planilla se asistencia a capacitación dada el 10 de abril de 2019. |
| No reconocimiento de la totalidad de los hechos económicos que afectan la situación financiera del Departamento | 1. Planear y fijar políticas y cronograma para la entrega de información. 2. Personal competente y capacitado 3. Hacer conciliaciones de los saldos contables vs los registrados en otras dependencias. | Cuatrimestral | Se anexa archivo con las Notas de Contabilidad realizadas en el primer semestre de 2019. Se realizaron mesas de trabajo con los funcionarios de la Dirección de Tesorería, Ingresos y Contabilidad, las cuales quedan registradas en actas, relacionadas con la depuración de partidas conciliatorias bancarias. En la expedición de la certificación de ingresos mensuales se realiza conciliación de los ingresos registrados presupuestal y contablemente. | 1.Notas de Contabilidad por Ajustes, reclasificaciones y/o correcciones que afectan los Estados Financieros anteriores. ARCHIVO 3 | Copia notas de contabilidad primer semestre 2019. | Copia de acta de las mesa de trabajo realizada el 21 de mayo de 2019. No se evidencia copia de muestra de las conciliaciones al expedir las certificaciones de ingresos. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 42 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|---|---|---------------|--|--|---|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Ausencia de personal competente en Contabilidad y las áreas que procesan información contable | 1. Solicitar asignación personal con el perfil apropiado 2. Capacitar de manera permanente a los funcionarios involucrados en el proceso contable. | Cuatrimestral | | Capacitaciones realizadas / Capacitaciones programadas | No se encuentran evidencias. | No se encontraron evidencias. |
| No girar en forma oportuna las transferencias de Ley desde la radicación en contabilidad | 1. Aplicar plenamente las normas para hacer las transferencias. 2. Capacitar al personal. 3. Girar oportunamente las transferencias de ley, Hacer seguimiento permanente de las transferencias por pagar | Mensual | Es de resaltar que las transferencias para el mes de junio se realizan en el mes de Julio por lo tanto este indicador queda pendiente con ocho (8) transferencias NO giradas. Se anexa Comprobantes de egreso, la demás evidencia se puede verificar en el sistema GUANE. | Numero de días de demora en el pago desde el radicado en la tesorería. Número de Días: Cero (0) Se deja claridad que las transferencias de Ley, se pagan dentro de los plazos establecidos por la ley. Por lo tanto no se generan sanciones ni intereses por moras en el pago. | Evidencias de transferencia se realizan cada mes siguiente, pendientes las de junio de 2019. | Se evidencia transferencias mes de mayo de 2019, pendientes mes de junio 2019. No se encuentran evidencias de capacitaciones. |
| Inadecuada imputación contable en el registro de transacciones financieras. | 1. Documentar cada uno de los procedimientos para el registro contable, 2. Capacitar al personal involucrado en el proceso de registro contable, 3. Revisar y validar los registros contables de las operaciones financieras por personal idóneo o competente | Cuatrimestral | Las Notas de Tesorería evidencian las correcciones realizadas desde el mes de Julio de 2018 al mes de Junio de 2019. | Notas de Tesorería realizando ajustes, reclamaciones y/o correcciones. Setenta y Siete (77) Notas de Tesorería | Copia notas de tesorería periodos 2018 y 2019. | En las notas contables presentadas de los periodos 2018 y 2019, se evidencia las correcciones realizadas. |
| No girar en forma oportuna las transferencias de Ley desde la radicación en tesorería | 1. Aplicar plenamente las normas para hacer las transferencias. 2. Capacitar al personal. 3. Girar oportunamente las transferencias de ley, Hacer seguimiento permanente de las transferencias por pagar | Mensual | Es de resaltar que las transferencias para el mes de junio se realizan en el mes de Julio por lo tanto este indicador queda pendiente con ocho (8) transferencias NO giradas. Se anexa Comprobantes de egreso, la demás evidencia se puede verificar en el sistema GUANE. | Numero de días de demora en el pago desde el radicado en la Dirección | Evidencias de transferencia se realizan cada mes siguiente, pendientes las de junio de 2019, se anexa copia del mes de mayo 2019. | Se evidencia transferencias mes de mayo de 2019, pendientes mes de junio 2019. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 43 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|---|--|-------------------|---|--|---|---|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Incumplimiento de la meta de recaudo de ingresos | Realizar seguimientos mensuales al PAC Adelantar dos campañas de recaudo | Mensual/semestral | Informe de campañas realizadas durante el periodo de junio 30 de 2018 a junio 30 de 2019. | Campañas de recaudo realizadas junio 2018 a junio de 2019. / Campañas de recaudo programadas 2018/2019. 46/2 | Evidencias de campañas. | Relación de evidencias de campañas realizadas en el periodo junio julio de 2019. |
| Limitados recursos económicos y humanos para el desarrollo de los procesos de fiscalización y operativos anti contrabando | Plan anual de fiscalización Realizar las auditorias programadas en el plan anual de fiscalización. Desarrollar los operativos anti contrabando programados en el plan anual. | Anual | Informes de Auditorias | Auditorias tributarias realizadas / Auditorias tributarias programadas. Operativos anti contrabando realizados / Operativos anti contrabando programados | Evidencias auditorias. Evidencias auditorias operativos. | Relación de auditorias realizadas periodo 2018-2019. Relación evidencias fotográficas operativos anti contrabando (licores y cigarrillos). |
| No incorporar totalmente y en forma oportuna los ingresos | Registrar oportunamente los ingresos contable y presupuestalmente. Elaborar las conciliaciones bancarias oportunamente | Mensual | reuniones o mesas de trabajo de manera permanente junto con las Direcciones de Contabilidad, Tesorería e Ingresos con el apoyo de Outsourcing y Entidades financieras. Durante el primer semestre de 2019 se realizó las siguientes actividades: * El 21 de mayo 2019, se realizó una reunión con la Secretaria de Hacienda y las Directoras Técnicas de Ingresos, Contabilidad y Tesorería el fin de entregar y analizar la información que ha realizado cada Dirección, con respecto al avance procesos de conciliaciones bancarias y asumir compromisos. * EL 20 de junio de 2019, se consolido un informe sobre la depuración de partidas conciliatorias 2017 y años anteriores. | Conciliaciones bancarias sin partidas conciliatorias de vigencias anteriores | Copia actas mesas de trabajo. Acta reunión con fecha 21 mayo de 2019. Copia informe depuración partidas conciliatorias vigencia 2017. | Se evidencia acta mesas de trabajo segundo semestre 2018. Evidencia reunión del 21 junio de 2019, avance de procesos de conciliaciones. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 44 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|---|---------------|---|---|--|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Deficiencias en la formulación, y aprobación de los instrumentos de gestión presupuestal | 1. Circular para la formulación de los instrumentos de gestión financiera. 2. Establecer y definir parámetros para su elaboración 3. Adelantar los CONFIS programados; Seguimiento a la ejecución presupuestal de ingresos, gastos e inversiones | Mensual | Expedir circulares para la correcta ejecución del presupuesto de la vigencia 2019. Se propone expedir 8 Circulares, durante el año 2019. A Junio de 2019 se han expedido 3 Circulares. Expedir los Actos Administrativos de Modificaciones al Presupuesto. Realizar las respectivas reuniones de CONFIS con el fin de dirigir, evaluar y orientar los temas presupuestales y financieros del Departamento. Se propone realizar 25 CONFIS, durante el año 2019. A Junio se han realizado 13 CONFIS | # de Circulares Expedidas / # de Circulares Propuestas $3 / 8 = 40\%$ No. de modificaciones, inclusiones o correcciones al presupuesto de ingresos, gastos o Inversión. A Junio de 2019 se han expedido 28 Decretos y 08 Ordenanzas de Modificación de Presupuesto. # de CONFIS realizados / # de CONFIS Propuestos $13 / 25 = 50\%$ | Copia circular 003 de junio de 2019. Copia decreto 206. Copia acta No 013 del 18 de junio de 2019. (CONFIS). Copia proyecto de ordenanza 017 de 23 de abril de 2019. | Se evidencia circular 013 de 2019, prohibición de autorización vigencias futuras y reservas presupuestales no justificadas. Decreto 206 por medio del cual se incorporan recursos al presupuesto independiente de regalías del departamento de Santander 2019-2020 y aclaración del decreto 198, del 18 de junio de 2019. Se evidencia copia acta realización CONFIS 2019. |
| Incumplimiento del indicador de Ley 617 | 1. Control y seguimiento a la ejecución presupuestal 2. Cálculo mensual del indicador de la Ley 617 3. Adelantar los CONFIS programados | Mensual/Anual | Para efectos del control y seguimiento a la Ejecución Presupuestal y su control Histórico se expiden las respectivas ejecuciones presupuestales de Ingresos y Gastos, Reservas y Pasivos mensualmente, durante la vigencia 2019 se han programado 12 ejecuciones presupuestales. A Junio de 2019 se han generado 6 ejecuciones. Para efectos del control y seguimiento a la Ejecución Presupuestal y su control Histórico de los gastos de Funcionamiento en relación a los ICLD se REALIZA la respectiva evaluación del Indicador de la Ley 617 de 2000, para lo cual se tiene proyectado durante la vigencia 2019 la realización de 12 evaluaciones del indicador. A Junio de 2019 se han realizado 5 evaluaciones del indicador. Realizar las respectivas reuniones de CONFIS con el fin de dirigir, evaluar y orientar los temas presupuestales y financieros del Departamento. Se propone realizar 12 CONFIS, durante el año 2019. A junio se han realizado 13 CONFIS. | 1. Seguimiento a la ejecución presupuestal / seguimientos programados $6/12 = 50\%$ 2. Cálculo del indicador realizado / calculo Anual programado $5/12 = 42\%$ # de CONFIS realizados / # de CONFIS Propuestos $13 / 12 = 100\%$ | No se encuentran evidencias. No se encuentran evidencias. Copia acta 013 de junio de 2019. | Hay descripción de lo ejecutado pero sólo se encuentran evidencias de la realización de los CONFIS PARA LA VIGENCIA 2019. |
| Incumplimiento de la meta propuesta en el Plan de Desarrollo | Realizar acciones de seguimiento trimestrales al cumplimiento del Plan de Acción | Bimestral | | Metas cumplidas/metras programadas | No se encuentran evidencias. | No se encuentran evidencias correspondientes a la acción de mitigación. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 45 de 46 |

12. Proceso Control y Evaluación – Oficina de Control Interno: Se observan cinco (5) riesgos:

| CONTROL Y EVALUACION | | | | | | |
|--|---|--------------|--|---|--|---|
| OFICINA DE CONTROL INTERNO | | | | | | |
| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| ADMINISTRATIVOS | | | | | | |
| Deficiente evaluación al Sistema de Control Interno | Cumplir con el Programa Anual de Auditorias. | Semestral | Se anexa cronograma de Auditorias de las vigencias 2018 y 2019. Aprobados por el Comité Institucional Coordinación de Control Interno. | <p>En la vigencia 2018 la Oficina de Control Interno programo 6 auditorias las cuales se cumplieron a cabalidad de acuerdo al cronograma.</p> <p>En la vigencia 2019 la Oficina de Control Interno tiene programa cinco auditorias de las cuales a la fecha se han realizado tres para un total de once (11) auditorias programadas</p> <p style="text-align: center;">11*100/8=88%</p> | <p>Copia Cronograma de auditorias periodo 2018.</p> <p>Copia cronograma de auditoria periodo 2019.</p> | <p>Durante el periodo 2018 se cumplió con el debido programa anual de auditorias, en total se realizaron 6 .</p> <p>Para la vigencia 2019 se programaron 5 auditorias de las cuales se han realizado 3.</p> |
| Designación de Perfiles no idóneos para el ejercicio de control interno. | Solicitar a la Secretaría General y Dirección de Talento Humano la designación de Profesionales de acuerdo a los perfiles requeridos por oficina. | Semestral | Se anexa oficios con radicado Forest 1491860 de 19-11-2018 y 1519294 de 16-01-19 donde se solicita a la Secretaria General, personal idóneo para la Oficina de control Interno | Número de perfiles idóneos asignados. | Copia oficios a secretaria general, solicitud de personal idóneo para la oficina de control interno periodo 2018 y 2019. | Se evidencia oficios dirigidos a la secretaria general con solicitud de personal idóneo para la oficina de control interno para los periodos 2018 y 2019 respectivamente. |

| | | | |
|---|---|----------------------------|--------------|
|  | INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO | CÓDIGO | EV-CYE-RG-15 |
| | | VERSIÓN | 1 |
| | | FECHA DE APROBACIÓN | 13/07/2017 |
| | | PÁGINA | 46 de 46 |

| RIESGO (DESCRIPCIÓN) | ACCIONES DE MITIGACIÓN | PERIODICIDAD | EVIDENCIAS | INDICADOR AUTOEVALUACIÓN | OFICINA DE CONTROL INTERNO | |
|--|--|--------------|--|---|--|--|
| | | | | | SEGUIMIENTO | OBSERVACIONES |
| Administrativos Incumplimiento de la meta establecida en el Plan de Desarrollo | Realizar acciones de seguimiento bimestrales al cumplimiento del Plan de Acción | Bimensual | Se anexan informe de gestión del último bimestre 2019, certificación general de metas y la matriz consolidada expedida por la oficina de planeación con corte a 2018 La oficina de control interno realiza seguimiento a las metas del PDD e informe bimensual del Plan de Acción, reportado a la oficina de Planeación mediante el sistema Integrado de Gestión Integral Departamental SIGID | Metas cumplidas/metras programadas | Copia matriz consolidada corte 2018. Copia informe de gestión último bimestre 2019. | Para la vigencia 2018 se realizó un cumplimiento del 100% de las metas propuestas del PDD. Para la vigencia 2019 va un avance del 75% y 100% en algunas de las metas, pero con un desarrollo al día de las mismas. |
| Incumplimiento en la atención y/o respuestas a las PQRSD | seguimiento semanal del aplicativo en la Secretaría. Seguimiento mensual por parte de atención al ciudadano. | Mensual | Se anexan oficios Forest 1516479, 1528396, 1545859, 1559115, 1575763, 1591160, 1608215 donde se evidencia que la oficina de control interno realiza seguimiento mensual al proceso de las PQRSD | En la vigencia 2018 y primer semestre de 2019 se dio respuesta a todas las PQRSD y fueron cumplidas a cabalidad por la Oficina de Control Interno 2019: 433=100% | Copia oficios forest vigencia 2019. | Se realizó seguimiento mensual durante periodo 2019 a las PQRSD, como resultado se evidencia un total de radicados finalizados. |
| Presentación extemporánea de los informes de control interno ante las partes interesadas | Elaborar y realizar el seguimiento al cronograma de Rendición de Informes | Semestral | Se anexa cronograma de los informes de ley de la vigencia 2019 que la Oficina de Control Interno debe presentar. | En la vigencia 2019 la Oficina de Control Interno programo 38 informes de ley, a junio se han cumplido con 22 informes. 22*100/38=57% | Copia informes de ley. | Para la vigencia 2019 se programaron 38 informes de ley, a junio se ha dado cumplimiento a 22. |

(Original firmado)

BENJAMIN GUTIERREZ SANABRIA
Jefe oficina de Control Interno

MARIA TRINIDAD AVELLANEDA MONTERO
Profesional Universitario Control Interno

GLORIA MARIA CASTRO BENAVIDES
Profesional CPS Oficina de Control Interno