



COMUNICACIÓN INTERNA

Remitente: VILLALBA MAHECHA JANETH
Anexos: 0

Para: Juan Guillermo Jiménez Gómez - Gerente General; Carlos Alberto Acosta Narváez - Subgerente de Desarrollo de Proyectos; María Constanza Eraso Concha - Subgerente Planeación y Administración de Proyectos; María Cecilia Gaitán Roza - Subgerente de Gestión Corporativa; – German A. Salgado Castillo-Subgerente de Gestión Inmobiliaria; Giovanna Vittoria Spera Velásquez – Subgerente Gestión Urbana; David Diaz Guerrero – Subgerente Jurídico; Mauricio Pombo Santos – Director Comercial; Margarita Isabel Córdoba García -Jefe Oficina de Gestión Social; Diego Fernando Suarez Manzur - Jefe Oficina de Comunicaciones.

De : Janeth Villalba Mahecha
Jefe Oficina de Control Interno

Asunto : **Informe de Seguimiento Plan de Mejoramiento por Procesos corte Enero - Mazo 31 de 2022**

1. INTRODUCCIÓN:

Al momento de cumplimiento al Plan Anual de Auditoria y específicamente al rol de evaluación y seguimiento de la Oficina de Control Interno, se validan las evidencias que soportan el avance de las acciones que conforman el Plan de Mejoramiento por Procesos Versión 2 (vigente a la fecha del seguimiento), con corte al 31 de marzo de 2022. La matriz de seguimiento denominada "Plan de Mejoramiento 2022 seguimiento Enero - Marzo 2022" se encuentra publicada en la página Web de la Empresa en el link: http://www.eru.gov.co/es/transparencia/planeacion-presupuesto-e-informes/informes-de-gestion-valoracion-y-auditoria?title=&field_subcategoria_control_value=2 desde el pasado 22 de abril del presente año.

2. ESTADO DE AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE MEJORAMIENTO.

1 Avance Plan de Mejoramiento por Procesos corte marzo 31 de 2022

El Plan de Mejoramiento por procesos de la Empresa, corte marzo 31 de 2022, contaba con cuarenta (40) hallazgos y sesenta y tres (63) Acciones de mejora, correctivas y preventivas, las cuales se contraban en el siguiente estado:

- Abiertas: cuarenta y tres (43) se encuentran dentro de términos, es decir el 68.25%.
- Vencidas: diez (10), es decir el 15.87%.
- Cerradas: diez (10), es decir el 15.87% del universo total.

Documento:
165370

EMPRESA DE RENOVACIÓN Y DESARROLLO
URBANO DE BOGOTÁ D.C.

Este documento está firmado digitalmente, por
JANETH VILLALBA MAHECHA en 2022-06-15 16:53:15
Para descargar la versión digital firmada puede
escanear el código QR o dirigirse a
<http://www.eru.gov.co/es/transparencia/documental/abu.net.co/instancias>



- Total: El Porcentaje de avance promedio del Plan de Mejoramiento por Procesos es del 44,03%. (este porcentaje está asociado al cumplimiento de cada una de las acciones citadas en el plan de mejoramiento, conforme a la matriz en archivo de Excel anexo a este informe).

El estado de las acciones se evidencia en el siguiente cuadro:

Proceso	Total, de Hallazgos	Total, de Acciones	Acciones Abiertas			Acciones
			Dentro de términos	Vencidas	Cumplidas inefectivas	Cerradas
Dirección, Gestión y Seguimiento de Proyectos	3	4	4	-	-	-
Ejecución de Proyectos	4	6	4	2	-	-
Comercialización	1	2	2	-	-	-
Evaluación Financiera de Proyectos	4	5	1	4	-	-
Gestión Documental	1	1	1	-	-	-
Evaluación y Seguimiento	11	19	17	-	-	2
Gestión de TIC	1	1	-	-	-	1
Gestión Predial y Social	7	9	6	-	-	3
Formulación de Instrumentos	2	4	4	-	-	-
Gestión de Talento Humano	2	5	2	1	-	2
Direccionamiento Estratégico	2	4	2	-	-	2
Atención al Ciudadano	2	3	-	3	-	-
TOTAL	40	63	43	10	0	10
PORCENTAJE			68,25%	15,87%	0,00%	15,87%

Conclusión: Porcentaje de avance promedio al enero – marzo 31 de 2022 del 44.03%.

A continuación, se presentan el estado de las acciones del Plan de Mejoramiento por Procesos:

2.1. **ACCIONES ABIERTAS** (En términos de cumplimiento, no incluye acciones cerradas)

CÓDIGO	PROCESO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIONES	FECHA DE TERMINACIÓN DE LA ACCIÓN			RESPONSABLE
DGSP-2021-010	Dirección, Gestión y Seguimiento de Proyectos	Auditoría Interna de Control Interno	Se evidenció que el proceso no está utilizando los siguientes documentos: el procedimiento PD-68 Etapa Inicio del Proyecto, GI-25 Guía Gestión de Proyectos, los formatos, FT-130 Matriz de Riesgos – Proyectos Misionales V1Dic, 2019, FT-170 Acta de Constitución del Proyecto V2Dic, 2019, FT-128 Solicitud de Replanificación V1Dic, 2019, FT-134 Registro Solicitud de Cambios V1Dic, 2019. Se incluye la observación: OBS ISO 9001:2015 Numeral 8.	Realizar la revisión y actualización de la documentación asociada al proceso, de acuerdo con las necesidades del mismo.	30	9	2022	Gerente de Seguimiento Integral de Proyecto
DGSP-2021-011	Dirección, Gestión y Seguimiento de Proyectos	Auditoría Interna de Control Interno	Aunque en la GI- 25 “Guía de Gestión de Proyectos” V1 del 20-12 de 2019 se describe un Comité de Proyectos se informó por parte del proceso que este entro en funcionamiento a partir del mes de agosto de 2021 fecha de aprobación el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Empresa de Renovación y Desarrollo Urbano de Bogotá.	Realizar la revisión y actualización de la documentación asociada al proceso, de acuerdo con las necesidades del mismo.	30	9	2022	Gerente de Seguimiento Integral de Proyecto
				Implementar el Comité de Proyectos y/o instancia de seguimiento liderada por la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos.	30	6	2022	Gerente de Seguimiento Integral de Proyecto
DGSP-2021-012	Dirección, Gestión y Seguimiento de Proyectos	Auditoría Interna de Control Interno	En el ejercicio de definición de Salidas No Conformes, se identificó que el proceso no incide directamente en la satisfacción de los grupos de valor de la empresa, pues no genera productos o servicios de cara a ellos.	Revisar la pertinencia de mantener el proceso Dirección, Gestión y Seguimiento de Proyectos como misional.	31	7	2022	Subgerente de Planeación y Administración de Proyectos
EP-2022-001	Ejecución de Proyectos	Auditoría Externa	No se evidencia que se haya definido método de planificación, implementación y control de ejecución de proyectos, para garantizar cumplimiento de requisitos para la provisión de productos y servicios requeridos por los clientes.	Revisión, creación o actualización de los procedimientos vigentes en los cuales se identifiquen claramente los requisitos de los productos y servicios y los controles	15	5	2022	Subgerente de Desarrollo de Proyectos y Equipo de Trabajo

EP-2022-002	Ejecución de Proyectos	Auditoría Externa	No se encuentra evidencia de que esté implementado e identificado el requisito de diseño y desarrollo de los productos y servicios dentro del proceso de ejecución de proyectos, entendiendo como parte fundamental del despliegue de las actividades, considerando que existen otras partes interesadas para lograr dar aprobación y validación de los diseños solicitadas.	Revisar, actualizar y divulgar el procedimiento PD-66 Diseño y Desarrollo de Proyectos a los colaboradores del proceso.	30	4	2022	Subgerente de Desarrollo de Proyectos y Equipo de Trabajo
				Revisar, actualizar y divulgar la caracterización del proceso.	15	5	2022	Subgerente de Desarrollo de Proyectos y Equipo de Trabajo
EP-2022-001	Ejecución de Proyectos	Auditoría Interna de Control Interno	A la fecha no se evidencia el traslado de 77 Vías y Zonas Cesión que se encuentran en el inventario de la Empresa de Renovación y Desarrollo Urbano de Bogotá.	Definir un plan de acción y realizar el seguimiento al avance en la gestión de las actividades para las entregas de las áreas de cesión a las Entidades competentes.	31	12	2022	Subgerente de Desarrollo de Proyectos
CO-2021-016	Comercialización	Auditoría Interna de Control Interno	<p>OM 04: Resulta pertinente continuar con la generación de espacios de socialización y apropiación de los instrumentos del Sistema Integrado de Gestión de la Empresa, en particular los referentes a riesgos, indicadores y demás documentos asociados del proceso.</p> <p>Lo señalado, considerando que alguna de las personas entrevistadas en la sesión de aplicación de Lista de Verificación no contestó oportunamente a las preguntas del auditor y también por la alta rotación de personal en la Empresa, lo cual hace necesario mantener las acciones de apropiación del SIG siempre activas.</p> <p>De igual manera, resulta recomendable verificar la posibilidad de incluir nuevos indicadores para el proceso, encaminados a medir la cantidad de recursos económicos que los procesos de comercialización y arriendo de inmuebles le genera a la Empresa.</p>	Realizar dos sesiones con el equipo de la Dirección Comercial (en el primer semestre de 2022) para socialización de temas relacionados con mapa de riesgos e indicadores del proceso de Comercialización.	30	6	2022	Director Comercial
				Revisar la conveniencia de formular indicadores adicionales para el proceso.	30	6	2022	Director Comercial

EFP-2021-013	Evaluación Financiera de Proyectos	Auditoría Interna de Control Interno	<p>Solicitud y protocolos definidos para la solicitud de información a las Fiduciarias</p> <p>Considerando que en entrevista realizada el día martes 10 de agosto de 2021, (ver papeles de trabajo de la auditoría) el área auditada manifestó que distintas dependencias de la Empresa solicitan información directamente a las Fiduciarias, es recomendable que periódicamente se recuerde a los jefes de área (en particular cada vez que se presente rotación de personal directivo) los procedimientos, protocolos de interacción y flujos de información definidos en los manuales operativos acordados con las fiduciarias vigentes.</p> <p>Lo señalado, con el fin que las dependencias de la Empresa apliquen los mecanismos definidos para estos casos y así evitar que se generen reprocesos de solicitudes de información a las Fiduciarias, se eviten solicitudes reiterativas, duplicadas o contradictorias y, se logre un oportuno y eficiente flujo de reportes e información.</p>	Realizar la socialización de los manuales de operativo a las partes interesadas.	30	4	2022	Coordinador de Fiducias
GD-004	Gestión Documental	Auditoría Interna de Control Interno	Adelantar acciones de revisión y monitoreo de los procedimientos, manuales, guías, instructivos, formatos, protocolos, y en general todos los documentos que conforman el proceso de Gestión Documental, a fin de contar con las herramientas actualizadas y necesarias que faciliten el cumplimiento de los objetivos propuestos.	Actualizar los documentos asociados al proceso (caracterización, formatos, manuales, guías o instructivos), con el fin de dar respuesta a la incorporación de nuevas tecnologías y a las necesidades de la Empresa en Gestión Documental.	31	12	2022	Líder del Proceso de Gestión Documental
ES-2021-001	Evaluación y Seguimiento	Auditoría Externa	Se evidenció la adopción del Estatuto de Auditoría, sin embargo dentro del mismo no se observa el establecimiento de las periodicidades de revisión y actualización en cumplimiento de los señalado NIAI 1000: El propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de auditoría interna deben estar formalmente definidos en un estatuto de auditoría interna, de	Presentar el ajuste del Estatuto de Auditoría al Comité de Coordinación de Control Interno para estudio y aprobación.	30	6	2022	Jefe Oficina de Control Interno

			<p>conformidad con la Misión de la Auditoría Interna y los elementos obligatorios del Marco Internacional para la Práctica Profesional (Los Principios Fundamentales para la Práctica Profesional de Auditoría Interna, el Código de Ética, las Normas y la definición de Auditoría Interna). El Director Ejecutivo de Auditoría debe revisar periódicamente el estatuto de auditoría interna y presentarlo a la alta dirección y al Consejo para su aprobación. (Negrilla fuera de texto)</p>	<p>Publicar en la Intranet el Estatuto de Auditoría ajustado y socializarlo a todos los niveles de la Empresa.</p>	30	6	2022	<p>Profesional y/o Técnico de la Oficina de Control Interno encargado de la actividad</p>
ES-2021-002	Evaluación y Seguimiento	Auditoría Externa	<p>No se encontró dentro de la Resolución Interna No.054 de 2018 "Por medio de la cual se crea el Estatuto y Código de Auditoría Interna en la Empresa de Renovación y Desarrollo Urbano de Bogotá D.C" la definición de la naturaleza de los servicios de consultoría y aseguramiento en cumplimiento de lo señalado en la NIAI 1000-A1: La naturaleza de los servicios de aseguramiento proporcionados a la organización debe estar definida en el estatuto de auditoría interna. Si los servicios de aseguramiento fueran proporcionados a terceros ajenos a la organización, la naturaleza de esos servicios también deberá estar definida en el estatuto de auditoría interna. (Negrilla fuera de texto)</p>	<p>Presentar el ajuste del Estatuto de Auditoría al Comité de Coordinación de Control Interno para estudio y aprobación.</p>	30	6	2022	<p>Jefe Oficina de Control Interno</p>
				<p>Publicar en la Intranet el Estatuto de Auditoría ajustado y socializarlo a todos los niveles de la Empresa.</p>	30	6	2022	<p>Profesional y/o Técnico de la Oficina de Control Interno encargado de la actividad</p>

ES-2021-003	Evaluación y Seguimiento	Auditoría Externa	<p>Se observaron comunicaciones al CICCI en relación con la ejecución del Plan Anual de Auditoría, así mismo se observaron presentaciones e informes de gestión de la Oficina, sin embargo no se evidenciaron comunicaciones periódicas al Comité en relación con el Propósito, autoridad y responsabilidad de la actividad de auditoría interna, así como del cumplimiento del Código de ética y las cuestiones de riesgo y control significativas, incumpliendo lo señalado en la NIAI 2060: El Director Ejecutivo de Auditoría debe informar periódicamente a la alta dirección y al Consejo sobre la actividad de auditoría interna en lo referido al propósito, la autoridad, la responsabilidad y el desempeño de su plan y sobre su cumplimiento del Código de Ética y las Normas. El informe también debe incluir los riesgos y cuestiones de control significativas, incluyendo riesgos de fraude, cuestiones de gobierno y otros asuntos que requieren la atención de la alta dirección y/o del Consejo. (Negrilla fuera de texto)</p>	<p>Incluir en la agenda de la próxima sesión del Comité de Coordinación de Control Interno de la Empresa la información sobre los avances en lo referente al propósito, autoridad, responsabilidad y desempeño del Plan Anual de Auditoría y el Cumplimiento del Código de Ética y las Normas, en cumplimiento de la Norma NIAI 2060.</p>	30	6	2022	Jefe Oficina de Control Interno
ES-2021-004	Evaluación y Seguimiento	Auditoría Externa	<p>No se evidenció para las auditorías objeto de evaluación ni en la planeación de las auditorías ni en los documentos de ejecución de las mismas una revisión preliminar de los riesgos relevantes para la actividad objeto de revisión, incumpliendo lo establecido en la NIAI 2010-A1: Los auditores internos deben realizar una evaluación preliminar de los riesgos relevantes para la actividad bajo revisión. Los objetivos del trabajo deben reflejar los resultados de esta evaluación.</p>	<p>Documentar, a partir del primero de noviembre de 2021, la evaluación preliminar de los riesgos relevantes de los procesos objeto de auditoría y declarar los resultados en el Informe de Auditoría correspondiente.</p>	30	6	2022	Auditores Oficina de Control Interno

ES-2021-006	Evaluación y Seguimiento	Auditoría Externa	<p>De acuerdo a la definición y sinónimos que trae la NIAI 1130-A1 respecto al vocablo "consejo de administración", que en el caso de la ERU sería la "junta directiva", no se pudo evidenciar que la jefe de la OCI tenga comunicación directa con este Organismo. Si bien se evidencia información directa con la Gerencia general, que a la luz de lo dispuesto por el artículo 8 del acuerdo 643 de 2016, es una de las dos instituciones de dirección y administración de la ERU, así mismo se requiere revisar el cumplimiento de lo señalado en la NIAI 1110: El Director Ejecutivo de Auditoría debe responder ante un nivel jerárquico tal dentro de la organización que permita a la actividad de auditoría interna cumplir con sus responsabilidades.</p> <p>El Director Ejecutivo de Auditoría debe ratificar ante el Consejo, al menos anualmente, la independencia que tiene la actividad de auditoría interna dentro de la organización; y NIAI 1111: El Director Ejecutivo de Auditoría debe comunicarse e interactuar directamente con el Consejo de Administración.</p> <p>(Negrilla fuera de texto)</p>	<p>Presentar los resultados de la propuesta de Comité de Auditoría para conocimiento del Comité de Coordinación de Control Interno de la Empresa. La decisión final la tomará la Junta Directiva sobre la pertinencia o no de crear esta instancia.</p>	31	12	2022	Jefe Oficina de Control Interno
ES-2021-007	Evaluación y Seguimiento	Auditoría Externa	<p>Dentro de los documentos asociados a la Oficina de Control Interno de la ERU no se evidenció una adopción formal de un documento que contenga el Programa de aseguramiento y mejora de la calidad, en el que se incluyan las condiciones, criterios, tiempos y que permita una evaluación del cumplimiento de las normas y de la eficiencia y efectividad de la actividad de la auditoría interna en cumplimiento de lo señalado en las NIAI 1300: El Director Ejecutivo de Auditoría debe desarrollar y mantener un programa de aseguramiento y mejora de la calidad que cubra todos los aspectos de la actividad de auditoría interna; NIAI 1311: Las evaluaciones internas deben incluir:</p> <p>El seguimiento continuo del desempeño de la actividad de auditoría interna, Autoevaluaciones periódicas o evaluaciones por parte de otras personas dentro de la</p>	<p>Elaborar una propuesta de Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la Auditoría Interna de la Empresa.</p>	30	5	2022	Profesional de la Oficina de Control Interno encargado de la actividad
			<p>Revisar, ajustar y presentar la propuesta de Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la Auditoría Interna en sesión del Comité de Coordinación de Control Interno de la Empresa</p>	30	6	2022	Jefe Oficina de Control Interno	

			<p>organización con conocimientos suficientes de las prácticas de auditoría interna.</p> <p>Y NIAI 1312: Deben realizarse evaluaciones externas al menos una vez cada cinco años por un evaluador o equipo de evaluación cualificado e independiente, proveniente de fuera de la organización. El Director Ejecutivo</p>					
ES-2021-009	Evaluación y Seguimiento	Auditoría Externa	<p>En la verificación del Mapa de Aseguramiento, el equipo auditado responde "La Empresa no dispone de Mapa de Aseguramiento Institucional formalmente identificado ni adoptado", de igual manera tampoco se evidenció ningún otro documento o plan donde se evidencia que la Oficina de Control Interno coordina la actividad de auditoría interna con la de otros proveedores internos y externos de servicios de aseguramiento y consultoría, según lo definido en la NIAI 2050: El Director Ejecutivo de Auditoría debe compartir información, coordinar actividades y considerar confiar en el trabajo de otros proveedores internos y externos de servicios de aseguramiento y consultoría para asegurar una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos y NIA 2110 La actividad de auditoría interna debe evaluar y hacer las recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno de la organización para: (...)</p> <p>Coordinar las actividades y la información de comunicación entre el Consejo de Administración, los auditores internos y externos, otros proveedores de aseguramiento y la Dirección.</p>	Preparar una propuesta de Mapa de Aseguramiento que presente todos los proveedores de aseguramiento de la Empresa y establezca sus responsabilidades básicas, en función de la línea de defensa a la que pertenecen, para su posterior presentación a la instancia que corresponda para la respectiva aprobación.	30	5	2022	Profesional de la Oficina de Control Interno encargado de la actividad
ES-2021-015	Evaluación y Seguimiento	Auditoría Externa	<p>Es importante regularizar las periodicidades de los seguimientos a las acciones señaladas en el Plan de Mejoramiento, lo anterior en razón a que se observa para la vigencia 2020 que la periodicidad no es regular en la emisión de los Informes de seguimiento.</p>	<p>Verificar que los plazos para la ejecución del seguimiento al Plan de Mejoramiento se realicen conforme lo previsto en el Plan Anual de Auditoría.</p> <p>En caso de que se presenten situaciones</p>	30	7	2022	Profesional de la Oficina de Control Interno encargado

				insalvables que originen demoras, informar a la Jefatura de la Oficina para que se realicen los ajustes en la programación que sean necesarios.				de la actividad
ES-2022-001	Evaluación y Seguimiento	Auditoría Externa	<p>ISO 9001:2015 - 9.2.1 No se evidencia que se haya logrado realizar las auditorias internas a todos los procesos declarados en el SGC, durante el ciclo de auditoría determinada.</p> <p>Nota: Las Oportunidades de Mejora identificadas para el proceso en el "INFORME DE PREAUDITORIA SISTEMA DE GESTION" del ICONTEC, (OP1: Incluir como criterios de planificación de las auditorias, el estado y la importancia de los procesos, así como el resultado de su desempeño para lograr realizar la prioridad de las auditorías internas a realizar para todos los procesos del SGC y OP2: Garantizar que evidencia dentro del procedimiento de auditorías internas, que se haya establecido en los criterios para la realización de las auditoria, basado en la norma ISO 19011) están relacionadas con la presente No Conformidad, por tanto para dichas Oportunidades de Mejora no se requiere identificación de acciones para su tratamiento.</p>	Incluir dentro del PAA 2022 la implementación de un Ciclo de Auditorías Internas de Calidad, anterior a la Auditoría de Certificación programada con el ICONTEC para dicha vigencia, con el fin de evaluar la idoneidad y conformidad de los procesos a auditar, acorde a los objetivos y requisitos establecidos para los mismos. Dicho Ciclo debe incluir como mínimo los 12 procesos que no fueron auditados en la vigencia 2021, y aquellos que cumplan los criterios de planificación para ser auditados.	30	6	2022	Jefe Oficina de Control Interno
				Actualizar el Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente", incluyendo dentro de sus lineamientos, el tema de criterios específicos para evidenciar la priorización/escogencia de procesos a auditar según lo establecido en las normas ISO 9001:2015 e ISO 19011:2018.	30	4	2022	Jefe Oficina de Control Interno
				Elaborar y anexar al Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente" un formato de verificación de criterios específicos para evidenciar la priorización/escogencia de procesos a auditar según lo establecido en las normas ISO 9001:2015 e ISO 19011:2018.	30	4	2022	Jefe Oficina de Control Interno

ES-2022-002	Evaluación y Seguimiento	Auditoría Externa	ISO 9001:2015 - 9.2.2 No se evidencia que se haya definido criterios específicos para evidenciar la selección de los auditores y sus competencias con la norma ISO9001:2015, para llevar a cabo las auditorías internas, asegurando la objetividad e imparcialidad del proceso.	Actualizar el Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente", incluyendo dentro de sus lineamientos, el tema de criterios específicos para evidenciar la selección de los Auditores Internos de Calidad y sus competencias según lo establecido en la norma ISO9001:2015.	30	4	2022	Jefe Oficina de Control Interno
				Elaborar y anexar al Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente" un formato de verificación de criterios específicos para evidenciar la selección de los Auditores Internos de Calidad y sus competencias según lo establecido en la norma ISO9001:2015.	30	4	2022	Jefe Oficina de Control Interno
				Consolidar un repositorio magnético (Drive) con la información de las competencias de los Auditores Internos de Calidad.	30	4	2022	Jefe Oficina de Control Interno
GPS-2022-001	Gestión Predial y Social	Auditoría Interna de Control Interno	Falta de estandarización en los documentos contentivos de los Expedientes Administrativos de Gestión Social.	Señalar en la Lista de Chequeo de cada uno de los expedientes los documentos que debe contener el proceso, de acuerdo a la tenencia.	31	12	2022	Grupo de Archivo de la Oficina de Gestión Social
GPS-2022-002	Gestión Predial y Social	Auditoría Interna de Control	Expedientes administrativos sin conclusión.	Incluir los informes de cierre en los expedientes que ya terminaron el proceso social.	31	12	2022	Grupo de Archivo de la Oficina de Gestión Social
GPS-2022-003	Gestión Predial y Social	Auditoría Interna de Control Interno	Trazabilidad y estado final de la situación de los predios objeto de Expropiación.	Se realizará un análisis social y jurídico sobre la pertinencia de la unificación de los expedientes.	31	12	2022	Grupo de Archivo de la Oficina de Gestión Social

GPS-2022-005	Gestión Predial y Social	Auditoría Interna de Control Interno	Documentación ilegible.	Revisar los expedientes digitales VS los expedientes físicos para realizar los ajustes en los documentos ilegibles a los que hubiere lugar.	31	12	2022	Grupo de Archivo de la Oficina de Gestión Social
GPS-2022-006	Gestión Predial y Social	Auditoría Interna de Control Interno	Expedientes que cuentan con dos liquidaciones.	Presentar un informe general para explicar por qué en algunos casos se requiere realizar ajuste de la compensación o cuando aplica doble liquidación.	31	7	2022	Equipo de Social Compensaciones Oficina de Gestión
GPS-2022-007	Gestión Predial y Social	Auditoría Interna de Control Interno	Indicadores de Gestión	Formular nuevos Indicadores asociados al tema de Gestión Social.	31	12	2022	Jefe de Oficina de Gestión Social
FI-2022-001	Formulación de Instrumentos	Auditoría Externa	Garantizar que, en el procedimiento de prefactibilidad de proyectos se logre identificar durante las etapas del procedimiento, los controles necesarios para la identificación del producto no conforme que se puedan presentar durante el trámite. NOTA: La siguiente acción da respuesta a la oportunidad de mejora generada en el marco de la auditoría interna realizada en el año 2021.	Revisar el procedimiento de prefactibilidad de proyectos para determinar cómo actualizarlo de manera que contemple los controles que permitan realizar la identificación del producto no conforme por parte del equipo de trabajo de la Subgerencia de Gestión Urbana.	30	6	2022	Subgerente de Gestión Urbana y Equipo de Trabajo
FI-2022-002	Formulación de Instrumentos	Auditoría Externa	Garantizar la aplicación del requisito de diseño y desarrollo en el proceso de formulación de instrumentos, toda vez que el objetivo del proceso y sus actividades así lo requiere. Las siguientes acciones cubren la oportunidad de mejora generada en el marco de la auditoría interna realizada en el año 2021.	Definir cómo se va aplicar el numeral de diseño y desarrollo 8.3 de la norma ISO 9001:2015 en el proceso de formulación de instrumentos.	30	6	2022	Subgerente de Gestión Urbana y Equipo de Trabajo
				Actualizar el procedimiento de prefactibilidad o definir una metodología que dé cumplimiento a los requisitos de diseño y desarrollo aplicables al proceso.	30	6	2022	Subgerente de Gestión Urbana y Equipo de Trabajo
				Revisar, actualizar y divulgar la caracterización del proceso	30	6	2022	Subgerente de Gestión

								Urbana y Equipo de Trabajo
GTH-2022-002	Gestión de Talento Humano	Auditoría Externa	No se evidencia que se haya logrado determinar métodos para la verificación de la eficacia de la capacitación brindada al personal.	Generar una matriz de capacitación con los resultados de las evaluaciones y demás información necesaria en la ejecución del proceso de capacitación.	6	5	2022	Subgerente de Gestión Corporativa - Equipo de Trabajo
				Realizar seguimiento a la verificación de la eficacia (trimestral).	31	10	2022	Subgerente de Gestión Corporativa - Equipo de Trabajo
DE-2022-001	Direccionamiento Estratégico	Auditoría Externa	No se evidencia que la política de calidad establecida para la entidad, haya sido comunicada para lograr su entendimiento a todos los niveles y funcionarios de la entidad, así como a las partes interesadas aplicables.	Generar la Semana del SIG.	30	5	2022	Subgerente de Planeación y Administración de Proyectos - Equipo de Trabajo
DE-2022-002	Direccionamiento Estratégico	Auditoría Externa	No se evidencia que los objetivos de calidad establecidos para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad, hayan sido comunicados de forma tal que se aseguren entendimiento por parte de todo el personal de la entidad.	Generar la Semana del SIG.	30	5	2022	Subgerente de Planeación y Administración de Proyectos - Equipo de Trabajo

2.1.1. DIRECCIÓN, GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE PROYECTOS

- 2.1.1.1. HALLAZGO DGSP-2021-010 “Se evidenció que el proceso no está utilizando los siguientes documentos: el procedimiento PD-68 Etapa Inicio del Proyecto, GI-25 Guía Gestión de Proyectos, los formatos, FT-130 Matriz de Riesgos – Proyectos Misionales V1Dic, 2019, FT-170 Acta de Constitución del Proyecto V2Dic, 2019, FT-

128 Solicitud de Replanificación V1Dic, 2019, FT-134 Registro Solicitud de Cambios V1Dic, 2019. Se incluye la observación: OBS ISO 9001:2015 Numeral 8.”

Acción 1 “Realizar la revisión y actualización de la documentación asociada al proceso, de acuerdo con las necesidades del mismo.”.: ABIERTA.

El proceso Responsable reporta que: Para el periodo evaluado, se han realizado las siguientes actividades:

1. Se construyó el tablero de control provisional en la herramienta PowerBI, que permite visualizar de manera rápida y fácil la información sobre los proyectos y su estado de avance. Se realizó la socialización con la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos y Gerencia General en diferentes espacios para su retroalimentación. Se presentó en Comité de Proyectos 6 del 30.03.22 para su conocimiento previo a la presentación oficial a la Empresa.

A partir de la oficialización del tablero de control, se establecerá la documentación requerida para la operación del proceso.

2. Se realizó taller presencial con los Subgerentes para la revisión inicial del Ciclo Integral de Proyectos el 11-01-22 y se remitió propuesta del Ciclo para revisión de las áreas. Se avanza en la formulación de la Guía de Gestión Integral de Proyectos en la cual se relaciona la información del Ciclo de Proyectos ERU y el alcance de sus etapas y fases.

Por lo anterior, y dado que aún no se cuenta con documentos actualizados y oficializados, se reporta un avance del 30%. El 70% corresponde a la socialización y uso del tablero de control por parte de todas las áreas de la empresa y la adopción de la Guía de seguimiento integral de proyectos.

Evidencias:

1. Link Tablero PowerBi

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiYjliNmY5YmMtNzZkMS00NjJILWI4MjltMzlhYjc5YzljY2JhliwidCI6ImFINT11NzU3LTg5YmEtNGQzMC1hMmY3LTQ5Nzk2ZWY4YzYwNCIsImMiOiJR9&pageName=ReportSectiond9b5df1ef379ad6f1ae2>

2. Guía avanzada con corte a 30.03.22

Responsable: Gerente de Seguimiento Integral de Proyecto.

Avance Porcentual: 30%

2.1.1.2. HALLAZGO DGSP-2021-011 “Aunque en la GI- 25 “Guía de Gestión de Proyectos” V1 del 20-12 de 2019 se describe un Comité de Proyectos se informó por parte del proceso que este entro en funcionamiento a partir del mes de agosto de 2021 fecha de aprobación el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la Empresa de Renovación y Desarrollo Urbano de Bogotá.”

Acción 1 “Realizar la revisión y actualización de la documentación asociada al proceso, de acuerdo con las necesidades del mismo.”.: ABIERTA.

El proceso Responsable reporta que: Para el periodo evaluado, se han realizado las siguientes actividades:

1. Se construyó el tablero de control provisional en la herramienta PowerBI, que permite visualizar de manera rápida y fácil la información sobre los proyectos y su estado de avance. Se realizó la

socialización con la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos y Gerencia General en diferentes espacios para su retroalimentación. Se presentó en Comité de Proyectos 6 del 30.03.22 para su conocimiento previo a la presentación oficial a la Empresa.

A partir de la oficialización del tablero de control, se establecerá la documentación requerida para la operación del proceso.

2. Se realizó taller presencial con los Subgerentes para la revisión inicial del Ciclo Integral de Proyectos el 11-01-22 y se remitió propuesta del Ciclo para revisión de las áreas. Se avanza en la formulación de la Guía de Gestión Integral de Proyectos en la cual se relaciona la información del Ciclo de Proyectos ERU y el alcance de sus etapas y fases.

Por lo anterior, y dado que aún no se cuenta con documentos actualizados y oficializados, se reporta un avance del 30%. El 70% corresponde a la socialización y uso del tablero de control por parte de todas las áreas de la empresa y la adopción de la Guía de seguimiento integral de proyectos.

Evidencias:

1. Link Tablero PowerBi

[https://app.powerbi.com/view?
r=eyJrjoiYjliNmY5YmMtNzZkMS00NjJlLWI4MjltMzlhYjc5YzljY2JhliwidCI6ImFINTI1NzU3LTg5YmEtNGQzMCIhMmY3LTQ5Nzk2ZWY4YzYwNCIsImMiOiR9&pageName=ReportSectiond9b5df1ef379ad6f1ae2](https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiYjliNmY5YmMtNzZkMS00NjJlLWI4MjltMzlhYjc5YzljY2JhliwidCI6ImFINTI1NzU3LTg5YmEtNGQzMCIhMmY3LTQ5Nzk2ZWY4YzYwNCIsImMiOiR9&pageName=ReportSectiond9b5df1ef379ad6f1ae2)

2. Guía avanzada con corte a 30.03.22

Responsable: Gerente de Seguimiento Integral de Proyecto.

Avance Porcentual: 30%

Acción 2 “Implementar el Comité de Proyectos y/o instancia de seguimiento liderada por la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos.”: ABIERTA.

El proceso Responsable reporta que: Para el periodo evaluado, se elaboró el proyecto de resolución “Por la cual se crea el Comité de Proyectos de la Empresa de Renovación y Desarrollo Urbano de Bogotá y se establece su funcionamiento”, el cual está en proceso de revisión en la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos para continuar con el trámite de aprobación en la Subgerencia Jurídica y Gerencia General.

Por lo anterior, se reporta un avance del 50% (el otro 50% se cumplirá cuando la resolución sea aprobada por la Subgerencia Jurídica y Gerencia General).

Evidencias:

1. Proyecto de resolución.

Responsable: Gerente de Seguimiento Integral de Proyecto.

Avance Porcentual: 50%

- 2.1.1.3. HALLAZGO DGSP-2021-012 “En el ejercicio de definición de Salidas No Conformes, se identificó que el proceso no incide directamente en la satisfacción de los grupos de valor de la empresa, pues no genera productos o servicios de cara a ellos.”**

Acción 1 “Revisar la pertinencia de mantener el proceso Dirección, Gestión y Seguimiento de Proyectos como misional.”.: ABIERTA.

El proceso Responsable reporta que: Luego del análisis realizado en diferentes mesas de trabajo por parte de la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos, se determinó que el proceso no es misional ya que no genera productos o servicios de cara a los grupos de valor de la empresa, y por lo tanto, no incide directamente en su satisfacción; pero los temas que maneja son estratégicos y permiten una toma adecuada de decisiones, por lo tanto, se determina que dicho proceso pase a ser parte de los procesos estratégicos.

A la fecha de corte de este periodo de seguimiento, se cuenta con una propuesta de Caracterización del proceso, la cual está en proceso de revisión en la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos para su posterior presentación ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, para su revisión y aprobación.

Por lo anterior, se reporta un avance del 30% (el otro 70% se cumplirá cuando la propuesta sea aprobada por el Comité Institucional de Gestión y Desempeño).

Evidencias:

1. Propuesta de Caracterización del proceso.
2. Correo donde se envía dicha propuesta para revisión.

Responsable: Subgerente de Planeación y Administración de Proyectos

Avance Porcentual: 30%

2.1.2. EJECUCIÓN DE PROYECTOS

- 2.1.2.1. HALLAZGO EP-2022-001 “No se evidencia que se haya definido método de planificación, implementación y control de ejecución de proyectos, para garantizar cumplimiento de requisitos para la provisión de productos y servicios requeridos por los clientes”.**

Acción 1 “Revisión, creación o actualización de los procedimientos vigentes en los cuales se identifiquen claramente los requisitos de los productos y servicios y los controles ”.: ABIERTA.

El proceso Responsable reporta que: Se estableció el cronograma con las mesas de trabajo de revisión y actualización de los procedimientos. (programadas mes de abril).

Responsable: Subgerente de Desarrollo de Proyectos y Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 10%

- 2.1.2.2. HALLAZGO EP-2022-002 “No se encuentra evidencia de que esté implementado e identificado el requisito de diseño y desarrollo de los productos y servicios dentro del proceso de ejecución de proyectos, entendiendo como parte fundamental del**

despliegue de las actividades, considerando que existen otras partes interesadas para lograr dar aprobación y validación de los diseños solicitadas.”.

Acción 1 “Revisar, actualizar y divulgar el procedimiento PD-66 Diseño y Desarrollo de Proyectos a los colaboradores del proceso.”.: ABIERTA.

El proceso Responsable reporta que: Adicionalmente, el procedimiento se está revisando y ajustando.

Responsable: Subgerente de Desarrollo de Proyectos y Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 33%

Acción 2 “Revisar, actualizar y divulgar la caracterización del proceso.”.: ABIERTA.

El proceso Responsable reporta que: La caracterización se actualizó y se encuentra en revisión de últimos ajustes para publicación.

Responsable: Subgerente de Desarrollo de Proyectos y Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 50%

2.1.2.3. HALLAZGO EP-2022-003 “A la fecha no se evidencia el traslado de 77 Vías y Zonas Cesión que se encuentran en el inventario de la Empresa de Renovación y Desarrollo Urbano de Bogotá.”.

Acción 1 “Definir un plan de acción y realizar el seguimiento al avance en la gestión de las actividades para las entregas de las áreas de cesión a las Entidades competentes.”.: ABIERTA.

El proceso Responsable reporta que: Se elaboro el plan de acción para el seguimiento en el avance de las actividades conducentes a la entrega de las áreas de cesión.

Responsable: Subgerente de Desarrollo de Proyectos y Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 25%

2.1.3. COMERCIALIZACIÓN

2.1.3.1. HALLAZGO CO-2021-016 “OM 04: Resulta pertinente continuar con la generación de espacios de socialización y apropiación de los instrumentos del Sistema Integrado de Gestión de la Empresa, en particular los referentes a riesgos, indicadores y demás documentos asociados del proceso.

Lo señalado, considerando que alguna de las personas entrevistadas en la sesión de aplicación de Lista de Verificación no contestó oportunamente a las preguntas del auditor y también por la alta rotación de personal en la Empresa, lo cual hace necesario mantener las acciones de apropiación del SIG siempre activas.

De igual manera, resulta recomendable verificar la posibilidad de incluir nuevos indicadores para el proceso, encaminados a medir la cantidad de recursos económicos que los procesos de comercialización y arriendo de inmuebles le genera a la Empresa.”

Acción 1 “Realizar dos sesiones con el equipo de la Dirección Comercial (en el primer semestre de 2022) para socialización de temas relacionados con mapa de riesgos e indicadores del proceso de Comercialización.”.: ABIERTA.

El proceso Responsable reporta que: En el primer trimestre se avanzó en la elaboración del plan de acción para 2022 y su alineación con la nueva plataforma estratégica, se programará la primera reunión con el equipo de colaboradores para el mes de abril, con el fin de socializar el mapa de riesgos y el indicador asociados al proceso de comercialización para revisar si están acordes con lo proyectado para la vigencia.

Responsable: Director Comercial.

Avance Porcentual: 20%

Acción 2 “Revisar la conveniencia de formular indicadores adicionales para el proceso.”.: ABIERTA.

El proceso Responsable reporta que: Definida la nueva plataforma estratégica y los objetivos asociados al proceso de comercialización, se revisará si es conveniente formular nuevos indicadores o mantener el mismo para la medición de la Gestión. Se programará reunión para finales del mes de abril

Responsable: Director Comercial.

Avance Porcentual: 0%

2.1.4. EVALUACIÓN FINANCIERA DE PROYECTOS

2.1.4.1. HALLAZGO EFP-2021-013. “Solicitud y protocolos definidos para la solicitud de información a las Fiduciarias Considerando que en entrevista realizada el día martes 10 de agosto de 2021, (ver papeles de trabajo de la auditoria) el área auditada manifestó que distintas dependencias de la Empresa solicitan información directamente a las Fiduciarias, es recomendable que periódicamente se recuerde a los jefes de área (en particular cada vez que se presente rotación de personal directivo) los procedimientos, protocolos de interacción y flujos de información definidos en los manuales operativos acordados con las fiduciarias vigentes.

Lo señalado, con el fin que las dependencias de la Empresa apliquen los mecanismos definidos para estos casos y así evitar que se generen reprocesos de solicitudes de información a las Fiduciarias, se eviten solicitudes reiterativas, duplicadas o contradictorias y, se logre un oportuno y eficiente flujo de reportes e información.”

Acción 1. “Realizar la socialización de los manuales de operativo a las partes interesadas.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Debido a que no se cuenta con manuales actualizados. No se

han programado las sesiones de socialización.

Se enviará solicitud a la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos solicitando reprogramar la acción con plazo hasta 30/12/2022

Responsable: Coordinador de Fiducias

Avance Porcentual: N/A

2.1.5. GESTIÓN DOCUMENTAL

2.1.5.1. HALLAZGO GD-004 “Adelantar acciones de revisión y monitoreo de los procedimientos, manuales, guías, instructivos, formatos, protocolos, y en general todos los documentos que conforman el proceso de Gestión Documental, a fin de contar con las herramientas actualizadas y necesarias que faciliten el cumplimiento de los objetivos propuestos.”

Acción 1. “Actualizar los documentos asociados al proceso (caracterización, formatos, manuales, guías o instructivos), con el fin de dar respuesta a la incorporación de nuevas tecnologías y a las necesidades de la Empresa en Gestión Documental.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se revisaron y ajustaron los siguientes documentos, los cuales están publicados en la eruNET

Febrero

Se actualizó la Caracterización de Gestión Documental CP-14 en las siguientes secciones:

-Objetivo Estratégico Asociado Al Proceso: Se incorporó los nuevos objetivos del nuevo Plan Estratégico.

-Requisitos Aplicables Modelos De Gestión: Se referencio la Matriz de requisitos de los modelos referenciales.

-Objetivo Del Proceso: Se incluyó el en cumplimiento a la Ley de Transparencia”. CP-14 25-02-2022.

Marzo

Se aprobó y adoptó mediante resolución 042 del 29 de marzo del 2022 la Actualización del Programa de Gestión Documental.

El proceso cuenta con la siguiente evidencia: versiones finales de los documentos publicadas en la eruNET

<http://186.154.195.124/mipg-sig?>

[title=&field_proceso_target_id=167&field_clasificacion_del_document_value=All](http://186.154.195.124/mipg-sig?title=&field_proceso_target_id=167&field_clasificacion_del_document_value=All)

Responsable: Líder del Proceso de Gestión Documental

Avance Porcentual: 14%

2.1.6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

2.1.6.1. HALLAZGO ES-2021-001. “Se evidenció la adopción del Estatuto de Auditoría, sin embargo dentro del mismo no se observa el establecimiento de las periodicidades de revisión y actualización en cumplimiento de los señalado NIAI 1000: El propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de auditoría interna deben estar formalmente definidos en un estatuto de auditoría interna, de conformidad con la Misión de la Auditoría Interna y los elementos obligatorios del Marco Internacional para la Práctica Profesional (Los Principios Fundamentales para la Práctica

Profesional de Auditoría Interna, el Código de Ética, las Normas y la definición de Auditoría Interna). El Director Ejecutivo de Auditoría debe revisar periódicamente el estatuto de auditoría interna y presentarlo a la alta dirección y al Consejo para su aprobación.”

Acción 1. “Presentar el ajuste del Estatuto de Auditoría al Comité de Coordinación de Control Interno para estudio y aprobación.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: cuentan con la Versión preliminar enviada el día 31/03/2022 para revisión de la Jefe OCI del Estatuto de Auditoría, el Código de ética, y proyecto de Resolución del Estatuto.

Responsable: Jefe Oficina de Control Interno
Avance Porcentual: 50%

Acción 2. “Publicar en la Intranet el Estatuto de Auditoría ajustado y socializarlo a todos los niveles de la Empresa.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Esta actividad será reportada una vez se ejecute la acción anterior

Responsable: Profesional y/o Técnico de la Oficina de Control Interno encargado de la actividad
Avance Porcentual: N/A

2.1.6.2. HALLAZGO ES-2021-002. “No se encontró dentro de la Resolución Interna No.054 de 2018 “Por medio de la cual se crea el Estatuto y Código de Auditoría Interna en la Empresa de Renovación y Desarrollo Urbano de Bogotá D.C” la definición de la naturaleza de los servicios de consultoría y aseguramiento en cumplimiento de lo señalado en la NIAI 1000-A1: La naturaleza de los servicios de aseguramiento proporcionados a la organización debe estar definida en el estatuto de auditoría interna. Si los servicios de aseguramiento fueran proporcionados a terceros ajenos a la organización, la naturaleza de esos servicios también deberá estar definida en el estatuto de auditoría interna.”

Acción 1. “Presentar el ajuste del Estatuto de Auditoría al Comité de Coordinación de Control Interno para estudio y aprobación.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: cuentan con la Versión preliminar enviada el día 31/03/2022 para revisión de la Jefe OCI del Estatuto de Auditoría, el Código de ética, y proyecto de Resolución del Estatuto.

Responsable: Jefe Oficina de Control Interno
Avance Porcentual: 50%

Acción 2. “Publicar en la Intranet el Estatuto de Auditoría ajustado y socializarlo a todos los niveles de la Empresa.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Esta actividad será reportada una vez se ejecute la acción anterior

Responsable: Profesional y/o Técnico de la Oficina de Control Interno encargado de la actividad

Avance Porcentual: N/A

2.1.6.3. HALLAZGO ES-2021-004. “No se evidenció para las auditorías objeto de evaluación ni en la planeación de las auditorías ni en los documentos de ejecución de las mismas una revisión preliminar de los riesgos relevantes para la actividad objeto de revisión, incumpliendo lo establecido en la NIAI 2010-A1: Los auditores internos deben realizar una evaluación preliminar de los riesgos relevantes para la actividad bajo revisión. Los objetivos del trabajo deben reflejar los resultados de esta evaluación.”

Acción 1. “Documentar, a partir del primero de noviembre de 2021, la evaluación preliminar de los riesgos relevantes de los procesos objeto de auditoría y declarar los resultados en el Informe de Auditoría correspondiente.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: La Oficina cuenta con los soportes de los informes de auditoría entregados en el último trimestre de la vigencia 2021 donde se incluye el análisis de los riesgos de los procesos evaluados:

- Auditoría de Fiducias. Alcance por muestra confiable - Informe final Radicado I2021002859 del 2 de noviembre de 2021
- Auditoría Plan estratégico y gestión Tecnología y Comunicaciones - Informe final Radicado I2021003066 de 23 de noviembre de 2021.
- Proyecto: Formulación, Gestión y Estructuración de Proyectos de Desarrollo, Revitalización o Renovación Urbana. Incluido aspecto contractual - Informe Final Radicado I2021003443 de dic 24 de 2021. La reunión de cierre se realizó el 23 de diciembre de 2021.
- Auditoría Gestión Social asociada a la Adquisición Predial y grupos de interés - Informe final Radicado I2021003440 de dic 24 de 2021.
- Auditoría Proceso Evaluación y seguimiento - Normas Internacionales de Auditoría - Oficina PAD - Auditorías cruzadas OCI - Alcaldía. - e presentó el resultado en Informe Final al Comité Distrital de Auditoría, Radicado S2021004077.

Se da un cumplimiento del 100% de los informes de Auditoría del último trimestre de la vigencia 2021 quedando pendiente el cumplimiento de la acción en el primer semestre de 2022, por lo que se asigna un avance al hallazgo del 50%

En la vigencia 2022 se realizó ajuste al FT-115 Informe de Evaluación y Auditoría Integral V6 en el cual se incluyó el numeral 2.4 **RIESGOS DEL TRABAJO DE AUDITORIA** publicado en la EruNet

No se han entregado Informes de Auditoría en la vigencia 2022

Responsable: Auditores Oficina de Control Interno

Avance Porcentual: 60%

2.1.6.4. HALLAZGO ES-2021-006. “De acuerdo a la definición y sinónimos que trae la NIAI 1130-A1 respecto al vocablo "consejo de administración", que en el caso de la ERU sería la "junta directiva", no se pudo evidenciar que la jefe de la OCI tenga comunicación directa con este Organismo. Si bien se evidencia información directa con la Gerencia general, que a la luz de lo dispuesto por el artículo 8 del acuerdo 643 de 2016, es una de las dos instituciones de dirección y administración de la ERU, así mismo se requiere revisar el cumplimiento de lo señalado en la NIAI 1110: El

Director Ejecutivo de Auditoría debe responder ante un nivel jerárquico tal dentro de la organización que permita a la actividad de auditoría interna cumplir con sus responsabilidades. El Director Ejecutivo de Auditoría debe ratificar ante el Consejo, al menos anualmente, la independencia que tiene la actividad de auditoría interna dentro de la organización; y NIAI 1111: El Director Ejecutivo de Auditoría debe comunicarse e interactuar directamente con el Consejo de Administración. (Negrilla fuera de texto)”

Acción 1. “Presentar los resultados de la propuesta de Comité de Auditoría para conocimiento del Comité de Coordinación de Control Interno de la Empresa. La decisión final la tomará la Junta Directiva sobre la pertinencia o no de crear esta instancia.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se efectuaron varias mesas de trabajo con las personas involucradas en este tema, subgerencia jurídica y Gerencia, conforme a la respuesta que dio la subgerencia Jurídica se efectuó el análisis y se ajustó la propuesta la cual será puesta nuevamente a consideración de la Subgerencia jurídica para su concepto durante el segundo trimestre de 2022

Responsable: Jefe Oficina de Control Interno

Avance Porcentual: 25%

**2.1.6.5. HALLAZGO ES-2021-007. “Dentro de los documentos asociados a la Oficina de Control Interno de la ERU no se evidenció una adopción formal de un documento que contenga el Programa de aseguramiento y mejora de la calidad, en el que se incluyan las condiciones, criterios, tiempos y que permita una evaluación del cumplimiento de las normas y de la eficiencia y efectividad de la actividad de la auditoría interna en cumplimiento de lo señalado en las NIAI 1300: El Director Ejecutivo de Auditoría debe desarrollar y mantener un programa de aseguramiento y mejora de la calidad que cubra todos los aspectos de la actividad de auditoría interna; NIAI 1311: Las evaluaciones internas deben incluir:
El seguimiento continuo del desempeño de la actividad de auditoría interna,
Autoevaluaciones periódicas o evaluaciones por parte de otras personas dentro de la organización con conocimientos suficientes de las prácticas de auditoría interna.
Y NIAI 1312: Deben realizarse evaluaciones externas al menos una vez cada cinco años por un evaluador o equipo de evaluación cualificado e independiente, proveniente de fuera de la organización. El Director Ejecutivo de Auditoría debe tratar con el Consejo:
La forma y frecuencia de las evaluaciones externas.
Las cualificaciones e independencia del evaluador o equipo de evaluación externo, incluyendo cualquier conflicto de intereses potencial.”**

Acción 2. “Elaborar una propuesta de Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la Auditoría Interna de la Empresa.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se elaboró versión 1 de cuestionario de verificación de la serie 1300 e las NIAS sobre aseguramiento de calidad en la Empresa, La Jefe de la OCI asistió a capacitación patrocinada por la Empresa los días 3 y 4 de marzo de 2022. Se obtuvo material de referencia.

Se solicita ampliación de esta acción para el 31 de Diciembre de 2022 ya que esta actividad depende

al plan de trabajo que establezca el Comité Distrital de Auditoría para las entidades del Distrito

Responsable: Profesional de la Oficina de Control Interno encargado de la actividad

Avance Porcentual: 25%

Acción 3. “Revisar, ajustar y presentar la propuesta de Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la Auditoría Interna en sesión del Comité de Coordinación de Control Interno de la Empresa”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se elaboró versión 1 de cuestionario de verificación de la serie 1300 e las NIAS sobre aseguramiento de calidad en la Empresa. La Jefe de la OCI asistió a capacitación patrocinada por la Empresa los días 3 y 4 de marzo de 2022. Se obtuvo material de referencia.

Se solicita ampliación de esta acción para el 31 de Diciembre de 2022 ya que esta actividad depende al plan de trabajo que establezca el Comité Distrital de Auditoría para las entidades del Distrito

Responsable: Jefe Oficina de Control Interno

Avance Porcentual: 25%

**2.1.6.6. HALLAZGO ES-2021-009. “En la verificación del Mapa de Aseguramiento, el equipo auditado responde “La Empresa no dispone de Mapa de Aseguramiento Institucional formalmente identificado ni adoptado”, de igual manera tampoco se evidenció ningún otro documento o plan donde se evidencia que la Oficina de Control Interno coordina la actividad de auditoría interna con la de otros proveedores internos y externos de servicios de aseguramiento y consultoría, según lo definido en la NIAI 2050: El Director Ejecutivo de Auditoría debe compartir información, coordinar actividades y considerar confiar en el trabajo de otros proveedores internos y externos de servicios de aseguramiento y consultoría para asegurar una cobertura adecuada y minimizar la duplicación de esfuerzos y NIA 2110 La actividad de auditoría interna debe evaluar y hacer las recomendaciones apropiadas para mejorar el proceso de gobierno de la organización para: (...)
Coordinar las actividades y la información de comunicación entre el Consejo de Administración, los auditores internos y externos, otros proveedores de aseguramiento y la Dirección.”**

Acción 1. “Preparar una propuesta de Mapa de Aseguramiento que presente todos los proveedores de aseguramiento de la Empresa y establezca sus responsabilidades básicas, en función de la línea de defensa a la que pertenecen, para su posterior presentación a la instancia que corresponda para la respectiva aprobación.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se elaboró versión 1 de cuestionario de verificación de la serie 1300 e las NIAS sobre aseguramiento de calidad en la Empresa

La Jefe de la OCI asistió a capacitación patrocinada por la Empresa los días 3 y 4 de marzo de 2022. Se obtuvo material de referencia.

Se solicita ampliación de esta acción para el 31 de Diciembre de 2022 ya que esta actividad depende al plan de trabajo que establezca el Comité Distrital de Auditoría para las entidades del Distrito

Responsable: Profesional de la Oficina de Control Interno encargado de la actividad

Avance Porcentual: 25%

2.1.6.7. HALLAZGO ES-2021-015. “Es importante regularizar las periodicidades de los seguimientos a las acciones señaladas en el Plan de Mejoramiento, lo anterior en razón a que se observa para la vigencia 2020 que la periodicidad no es regular en la emisión de los Informes de seguimiento.”

Acción 1. “Verificar que los plazos para la ejecución del seguimiento al Plan de Mejoramiento se realicen conforme lo previsto en el Plan Anual de Auditoría. En caso de que se presenten situaciones insalvables que originen demoras, informar a la Jefatura de la Oficina para que se realicen los ajustes en la programación que sean necesarios.”. **ABIERTA**

El proceso Responsable reporta que: Se realizó el primer seguimiento correspondiente a Sep - Dic de 2021 en el mes de enero de 2022. Este seguimiento se realiza trimestre vencido y se encuentra publicado en la página Web de la Empresa.

Responsable: Profesional de la Oficina de Control Interno encargado de la actividad

Avance Porcentual: 25%

2.1.6.8. HALLAZGO ES-2022-001. “ISO 9001:2015 - 9.2.1
No se evidencia que se haya logrado realizar las auditorías internas a todos los procesos declarados en el SGC, durante el ciclo de auditoría determinada.

Nota: Las Oportunidades de Mejora identificadas para el proceso en el "INFORME DE PREAUDITORIA SISTEMA DE GESTION" del ICONTEC, (OP1: Incluir como criterios de planificación de las auditorías, el estado y la importancia de los procesos, así como el resultado de su desempeño para lograr realizar la prioridad de las auditorías internas a realizar para todos los procesos del SGC y OP2: Garantizar que evidencia dentro del procedimiento de auditorías internas, que se haya establecido en los criterios para la realización de las auditorías, basado en la norma ISO 19011) están relacionadas con la presente No Conformidad, por tanto para dichas Oportunidades de Mejora no se requiere identificación de acciones para su tratamiento.”

Acción 1. “Incluir dentro del PAA 2022 la implementación de un Ciclo de Auditorías Internas de Calidad, anterior a la Auditoría de Certificación programada con el ICONTEC para dicha vigencia, con el fin de evaluar la idoneidad y conformidad de los procesos a auditar, acorde a los objetivos y requisitos establecidos para los mismos. Dicho Ciclo debe incluir como mínimo los 12 procesos que no fueron auditados en la vigencia 2021, y aquellos que cumplan los criterios de planificación para ser auditados.”. **ABIERTA**

El proceso Responsable reporta que: Se incluyó dentro del PAA vigencia 2022, la implementación de un Ciclo de Auditorías Internas de Calidad, anterior a la Auditoría de Certificación programada con el ICONTEC para dicha vigencia, así: Cumplimiento Normas ISO - Verificación de la Conformidad del Sistema de Gestión de la Calidad bajo el concepto del estándar NTC ISO 9001:2015 de la Empresa (Ciclo Auditorías Internas de Calidad 2022 a 12 procesos).

Responsable: Jefe Oficina de Control Interno

Avance Porcentual: 70%

Acción 2. “Actualizar el Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente", incluyendo dentro de sus lineamientos, el tema de criterios específicos para evidenciar la priorización/escogencia de procesos a auditar según lo establecido en las normas ISO 9001:2015 e ISO 19011:2018.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se actualizó el Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente", incluyendo dentro de sus lineamientos, el tema de criterios específicos para evidenciar la priorización/escogencia de procesos a auditar según lo establecido en las normas ISO 9001:2015 e ISO 19011:2018.

Dicho procedimiento se encuentra en revisión y aprobación por parte de la SPAP - SIG.

Responsable: Jefe Oficina de Control Interno

Avance Porcentual: 75%

Acción 3. “Elaborar y anexar al Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente" un formato de verificación de criterios específicos para evidenciar la priorización/escogencia de procesos a auditar según lo establecido en las normas ISO 9001:2015 e ISO 19011:2018.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se Elaboró y anexo al Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente" un formato de verificación de criterios específicos para evidenciar la priorización/escogencia de procesos a auditar según lo establecido en las normas ISO 9001:2015 e ISO 19011:2018.

Dicho formato se encuentra en revisión y aprobación por parte de la SPAP - SIG.

Responsable: Jefe Oficina de Control Interno

Avance Porcentual: 75%

2.1.6.9. HALLAZGO ES-2022-002. “ISO 9001:2015 - 9.2.2

No se evidencia que se haya definido criterios específicos para evidenciar la selección de los auditores y sus competencias con la norma ISO9001:2015, para llevar a cabo las auditorías internas, asegurando la objetividad e imparcialidad del proceso.

Acción 1. “Actualizar el Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente", incluyendo dentro de sus lineamientos, el tema de criterios específicos para evidenciar la selección de los Auditores Internos de Calidad y sus competencias según lo establecido en la norma ISO9001:2015.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se actualizó el Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente", incluyendo dentro de sus lineamientos, el tema de criterios específicos para evidenciar la selección de los Auditores Internos de Calidad y sus competencias según lo establecido en la norma ISO9001:2015.

Dicho procedimiento se encuentra en revisión y aprobación por parte de la SPAP - SIG.

Responsable: Jefe Oficina de Control Interno

Avance Porcentual: 70%

Acción 2. “Elaborar y anexar al Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente" un formato de verificación de criterios específicos para evidenciar la selección de los Auditores Internos de Calidad y sus competencias según lo establecido en la norma ISO9001:2015.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se elaboró y anexo al Procedimiento "PD-57 - Auditorías Internas SIG y de Evaluación Independiente" un formato de verificación de criterios específicos para evidenciar la selección de los Auditores Internos de Calidad y sus competencias según lo establecido en la norma ISO9001:2015.

Dicho formato se encuentra en revisión y aprobación por parte de la SPAP - SIG.

Responsable: Jefe Oficina de Control Interno

Avance Porcentual: 75%

Acción 3. “Consolidar un repositorio magnético (Drive) con la información de las competencias de los Auditores Internos de Calidad.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se consolidó el repositorio magnético (Drive) con la información de las competencias de los Auditores Internos de Calidad, el cual se encuentra en alimentación con la información que están remitiendo dichos auditores.

Responsable: Jefe Oficina de Control Interno

Avance Porcentual: 60%

2.1.7. GESTIÓN PREDIAL Y SOCIAL

2.1.7.1. HALLAZGO GPS-2022-001. “Falta de estandarización en los documentos contentivos de los Expedientes Administrativos de Gestión Social.”

Acción 1. “Señalar en la Lista de Chequeo de cada uno de los expedientes los documentos que debe contener el proceso, de acuerdo a la tenencia.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se han actualizado 20% de los expedientes de los Proyectos Voto Nacional y San Bernardo en su Lista de Chequeo.

Responsable: Grupo de Archivo de la Oficina de Gestión Social

Avance Porcentual: 20%

2.1.7.2. HALLAZGO GPS-2022-002. “Expedientes administrativos sin conclusión.”

Acción 1. “Incluir los informes de cierre en los expedientes que ya terminaron el proceso social.”. ABIERTA

Esta actividad será reportada a partir del segundo trimestre, fecha en la que inicia su ejecución

Responsable: Grupo de Archivo de la Oficina de Gestión Social
Avance Porcentual: N/A

2.1.7.3. HALLAZGO GPS-2022-003. “Trazabilidad y estado final de la situación de los predios objeto de Expropiación.”

Acción 1. “Se realizará un análisis social y jurídico sobre la pertinencia de la unificación de los expedientes.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se encuentra pendiente de analizar la viabilidad de unificar los expedientes mediante el análisis social y jurídico.

Responsable: Grupo de Archivo de la Oficina de Gestión Social
Avance Porcentual: 0%

2.1.7.4. HALLAZGO GPS-2022-005. “Documentación ilegible.”

Acción 1. “Revisar los expedientes digitales VS los expedientes físicos para realizar los ajustes en los documentos ilegibles a los que hubiere lugar.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se han revisado 25% de los expedientes digitales VS los expedientes físicos para realizar los ajustes en los documentos ilegibles a los que hubiere lugar.

Responsable: Grupo de Archivo de la Oficina de Gestión Social
Avance Porcentual: 25%

2.1.7.5. HALLAZGO GPS-2022-006. “Expedientes que cuentan con dos liquidaciones.”

Acción 1. “Presentar un informe general para explicar por qué en algunos casos se requiere realizar ajuste de la compensación o cuando aplica doble liquidación.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se realizó Informe detallado de los casos que cuentan con doble liquidación de los proyectos Voto Nacional y San Bernardo Tercer Milenio.

Nota: se debe evaluar si hay casos que ameriten acciones de mejora y de ser necesario la acción se cerrara cuando se evalué el informe.

Responsable: Equipo de Compensaciones Oficina de Gestión Social
Avance Porcentual: 100%

2.1.7.6. HALLAZGO GPS-2022-007. “Indicadores de Gestión.”

Acción 1. “Formular nuevos Indicadores asociados al tema de Gestión Social.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: La oficina se encuentra en este momento pendiente de la reunión con la oficina de planeación para revisar las oportunidades de mejora asociadas a indicadores y realizar la formulación de los mismos.

Responsable: Jefe de Oficina de Gestión Social
Avance Porcentual: 0%

2.1.8. FORMULACIÓN DE INSTRUMENTOS

2.1.8.1. HALLAZGO FI-2022-001. “Garantizar que, en el procedimiento de prefactibilidad de proyectos se logre identificar durante las etapas del procedimiento, los controles necesarios para la identificación del producto no conforme que se puedan presentar durante el trámite.

NOTA: La siguiente acción da respuesta a la oportunidad de mejora generada en el marco de la auditoría interna realizada en el año 2021.”

Acción 1. “Revisar el procedimiento de prefactibilidad de proyectos para determinar cómo actualizarlo de manera que contemple los controles que permitan realizar la identificación del producto no conforme por parte del equipo de trabajo de la Subgerencia de Gestión Urbana.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se realizan mesas de trabajo con el equipo de trabajo de la SGU, haciendo revisión del procedimiento de prefactibilidad de proyecto identificando los puntos de control. Documento que se encuentra en ajustes.

Responsable: Subgerente de Gestión Urbana y Equipo de Trabajo
Avance Porcentual: 50%

2.1.8.2. HALLAZGO FI-2022-002. “Garantizar la aplicación del requisito de diseño y desarrollo en el proceso de formulación de instrumentos, toda vez que el objetivo del proceso y sus actividades así lo requiere. Las siguientes acciones cubren la oportunidad de mejora generada en el marco de la auditoría interna realizada en el año 2021.”

Acción 1. “Definir cómo se va aplicar el numeral de diseño y desarrollo 8.3 de la norma ISO 9001:2015 en el proceso de formulación de instrumentos.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se realizan mesas de trabajo con el equipo de trabajo de la SGU, definiendo como aplicación del numeral de diseño, un instructivo que establezca las actividades de prefactibilidad de proyectos en las diferentes etapas del proceso de diseño, junto con sus responsables y puntos de control.

Responsable: Subgerente de Gestión Urbana y Equipo de Trabajo
Avance Porcentual: 50%

Acción 2. “Actualizar el procedimiento de prefactibilidad o definir una metodología que dé cumplimiento a los requisitos de diseño y desarrollo aplicables al proceso.” ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: La SGU, define la aplicación del numeral de diseño y desarrollo 8.3, se incluye en el procedimiento de prefactibilidad de proyectos. El instructivo se encuentra en proceso de codificación y aprobación por parte de la Subgerencia de Planeación.

Responsable: Subgerente de Gestión Urbana y Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 80%

Acción 3. “Revisar, actualizar y divulgar la caracterización del proceso”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Se realizó la revisión y la actualización de la caracterización del proceso. Y se dio la aprobación por parte del equipo de la SGU, el documento ya se encuentra en la Intranet.

Responsable: Subgerente de Gestión Urbana y Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 80%

2.1.9. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

2.1.9.1. HALLAZGO GTH-2022-002. “No se evidencia que se haya logrado determinar métodos para la verificación de la eficacia de la capacitación brindada al personal.”

Acción 2. “Generar una matriz de capacitación con los resultados de las evaluaciones y demás información necesaria en la ejecución del proceso de capacitación.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: El Responsable del proceso no reportó avance de esta actividad

Responsable: Subgerente de Gestión Corporativa - Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 0%

Acción 3. “Realizar seguimiento a la verificación de la eficacia (trimestral).”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: El Responsable del proceso no reportó avance de esta actividad

Responsable: Subgerente de Gestión Corporativa - Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 0%

2.1.10. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

2.1.10.1. HALLAZGO GTH-2022-001. “No se evidencia que los objetivos de calidad establecidos para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad, hayan sido comunicados de forma tal que se aseguren entendimiento por parte de todo el personal de la entidad.”

Acción 2. “Generar la Semana del SIG.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Para el periodo evaluado se han realizado las siguientes actividades de planeación y alistamiento de la semana del SIG, espacio en el cual se socializarán y divulgarán los elementos del SIG:

1. Mesa de trabajo con la Subgerencia corporativa (Talento Humano) en la cual se definieron las necesidades de capacitación para la semana del SIG.

2. Mesas de trabajo con la Oficina Asesora de Comunicaciones en donde se identificaron las necesidades de apoyo en las actividades de comunicación y divulgación previo, durante y después a la semana del SIG.
3. Elaboración cronograma semana del SIG.
4. Solicitud de elaboración de piezas, dinámicas, notas y videos para la semana del SIG.

Por lo anterior, se reporta un avance del 30% correspondiente a la etapa de planeación (el otro 70% se cumplirá cuando se lleve a cabo la Semana del SIG).

Evidencias:

1. Correos electrónicos con los compromisos de las mesas de trabajo con la Subgerencia Corporativa y con la Oficina Asesora de Comunicaciones
2. Cronograma semana del SIG
3. Formatos FT-10 con la solicitud de la elaboración de piezas

Responsable: Subgerente de Planeación y Administración de Proyectos - Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 30%

2.1.10.2. HALLAZGO GTH-2022-002. “No se evidencia que los objetivos de calidad establecidos para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad, hayan sido comunicados de forma tal que se aseguren entendimiento por parte de todo el personal de la entidad.”

Acción 2. “Generar la Semana del SIG.”. ABIERTA

El proceso Responsable reporta que: Para el periodo evaluado se han realizado las siguientes actividades de planeación y alistamiento de la semana del SIG, espacio en el cual se socializarán y divulgarán los elementos del SIG:

1. Mesa de trabajo con la Subgerencia corporativa (Talento Humano) en la cual se definieron las necesidades de capacitación para la semana del SIG.
2. Mesas de trabajo con la Oficina Asesora de Comunicaciones en donde se identificaron las necesidades de apoyo en las actividades de comunicación y divulgación previo, durante y después a la semana del SIG.
3. Elaboración cronograma semana del SIG.
4. Solicitud de elaboración de piezas, dinámicas, notas y videos para la semana del SIG.

Por lo anterior, se reporta un avance del 30% correspondiente a la etapa de planeación (el otro 70% se cumplirá cuando se lleve a cabo la Semana del SIG).

Evidencias:

1. Correos electrónicos con los compromisos de las mesas de trabajo con la Subgerencia Corporativa y con la Oficina Asesora de Comunicaciones
2. Cronograma semana del SIG
3. Formatos FT-10 con la solicitud de la elaboración de piezas

Responsable: Subgerente de Planeación y Administración de Proyectos - Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 30%

2.2. ACCIONES VENCIDAS

En el corte a marzo 31 de 2022 se evidencian seis (6) acciones vencidas debido a que, a la fecha del seguimiento del Plan de Mejoramiento vigente, por parte de la Oficina de Control Interno, no cumplieron con el tiempo estipulado para su ejecución.

Las acciones vencidas son de los procesos de Ejecución de Proyectos (2 acciones) y Evaluación Financiera de Proyectos (4 acciones):

CÓDIGO	PROCESO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIONES	FECHA DE INICIO DE LA ACCIÓN			FECHA DE TERMINACIÓN DE LA ACCIÓN			RESPONSABLE
					1	8	2020	31	12	2021	
EP-004	Ejecución de Proyectos	Auditoría Interna de Control Interno	Diferencias entre el presupuesto inicial del proyecto y el presupuesto estimado una vez presentados los estudios de diseños de la empresa contratada para este propósito.	Solicitar el acompañamiento de la Subgerencia de Gestión Corporativa, con el fin de identificar una herramienta que permita referenciar la información presupuestal para todos los proyectos de manera actualizada	1	8	2020	31	12	2021	Subgerente de Desarrollo de Proyectos
EP-2022-002	Ejecución de Proyectos	Auditoría Externa	No se encuentra evidencia de que esté implementado e identificado el requisito de diseño y desarrollo de los productos y servicios dentro del proceso de ejecución de proyectos, entendiéndolo como parte fundamental del despliegue de las actividades, considerando que existen otras partes interesadas	Definir la aplicación del numeral de diseño y desarrollo 8.3 de la norma ISO9001:2015.	11	1	2022	31	3	2022	Subgerente de Desarrollo de Proyectos
EFP-009	Evaluación Financiera de Proyectos	Auditoría Interna de Control Interno	Por no movimiento de los recursos dispuestos en los patrimonios autónomos de algunos proyectos. Se evidencia que en el mes de febrero los Patrimonios Autónomos de Restrepo, Olivos, Calle 26 y Villa Javier, no poseen movimiento de pago a proveedores, donde Restrepo y Olivos se encuentran con un saldo de \$0, Calle 26 obtuvo una pérdida de \$9.774.579.38, y Villa Javier una pérdida de \$13.475.430.72, correspondiente a la disminución del valor razonable.	Gestionar el proceso de liquidación Restrepo, Villa Javier, Cruces, Olivos y Calle 26.	3	9	2021	31	12	2021	Coordinador de Fiducias

EFP-2021-013	Evaluación Financiera de Proyectos	Auditoría Interna de Control Interno	<p>Solicitud y protocolos definidos para la solicitud de información a las Fiduciarias</p> <p>Considerando que en entrevista realizada el día martes 10 de agosto de 2021, (ver papeles de trabajo de la auditoría) el área auditada manifestó que distintas dependencias de la Empresa solicitan información directamente a las Fiduciarias, es recomendable que periódicamente se recuerde a los jefes de área (en particular cada vez que se presente rotación de personal directivo) los procedimientos, protocolos de interacción y flujos de información definidos en los manuales operativos acordados con las fiduciarias vigentes.</p> <p>Lo señalado, con el fin que las dependencias de la Empresa apliquen los mecanismos definidos para estos casos y así evitar que se generen reprocesos de solicitudes de información a las Fiduciarias, se eviten solicitudes reiterativas, duplicadas o contradictorias y, se logre un oportuno y eficiente flujo</p>	Realizar la actualización de los manuales operativos de los fideicomisos.	18	1 1	2021	31	12	2021	Coordinador de Fiducias
EFP-2021-014	Evaluación Financiera de Proyectos	Auditoría Interna de Control Interno	<p>Información suministrada a SIVICOF Patrimonio Autónomo Subordinado Plaza de la Hoja con corte a 31 marzo de 2020 – Formatos CBN-1098 y CBN-1109</p> <p>En la revisión efectuada, se evidenció una diferencia con los egresos reportados en el formato CBN-1098 frente a lo registrado en el formato CBN-1109 que, constatado con la Subgerencia de Gestión Inmobiliaria, presenta una diferencia por valor de \$7.723.375,83. En respuesta enviada por la Subgerencia de Gestión Inmobiliaria, se cita que el valor no fue reportado por: "... esta partida se dejó de reportar por la operatividad que se maneja en la información que se recibe de Fiduciaria Colpatria, omitiendo unos registros al copiar la información al formato correspondiente. Aunque se cuenten con controles internos para el cruce de esta información, por tal razón, es lógico reconocer</p>	Remitir a la Oficina de Control Interno, documento en el que se comunican los controles establecidos para el reporte de información en SIVICOF, con las evidencias respectivas.	18	1 1	2021	31	3	2022	Coordinador de Fiducias

EFP-2021-015	Evaluación Financiera de Proyectos	Auditoría Interna de Control Interno	<p>Perfeccionamiento legal de los documentos aportados</p> <p>Se determina que, de manera general, en los documentos legales que conforman los Patrimonios autónomos se omiten requisitos, como se evidencia en los otrosíes y actas donde no se configura el perfeccionamiento o aceptación de estos mediante la suscripción o firma, contrario a lo solicitado en el Código General del Proceso y en el artículo 41 de la Ley 80 de 1993, toda vez que el acta se firma para constatar la aprobación de la misma y, de hecho, al faltar este requisito se podría alegar la falta de legitimidad del documento.</p>	Incluir en la socialización de los manuales operativos, un punto en el que se resalte la obligación de suscribir oportunamente los documentos legales de los patrimonios autónomos.	18	1 1	2021	31	1	2022	Subgerente de Gestión Inmobiliaria
GTH-2022-001	Gestión de Talento Humano	Auditoría Externa	No se encuentra evidencia de que se haya determinado información requerida para la capacitación relacionada con la implementación del SGC de la entidad, necesaria para asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de la política, los objetivos y su contribución a la eficacia del SGC	Incluir en el Plan Institucional de capacitación las capacitaciones o espacios que sean requeridos para garantizar la divulgación y entendimiento de la política y objetivos demás elementos SIG.	13	1	2022	15	2	2022	Subgerente de Gestión Trabajo Corporativa - Equipo de
AC-2022-001	Atención al Ciudadano	Auditoría Externa	<p>Buscar otros canales de evaluación de la satisfacción al ciudadano diferentes al canal telefónico, para que se logre visualizar resultados de calificación de servicios prestados por otros canales como página web, redes sociales, para no concentrar esfuerzos de evaluación, solamente sobre usuarios que radican algún tipo de requerimiento.</p>	Generar un documento en el cual se establezcan las etapas para la evaluación de satisfacción de los usuarios.	21	1	2022	31	3	2022	Jefe Oficina de Gestión Social y Equipo de Trabajo
			<p>Garantizar que se logra determinar el criterio de evaluación de la satisfacción de los usuarios para lograr asegurar verificación estandarizada basado en procedimiento establecido.</p>	Generar encuesta de percepción para todos los canales de atención a través de la página web.	21	1	2022	31	3	2022	Jefe Oficina de Gestión Social y Equipo de Trabajo

AC-2022-002	Atención al Ciudadano	Auditoría Externa	Garantizar que se identifican riesgos del proceso de atención al ciudadano, que estén relacionados con la respuesta los requerimientos.	Documentar y socializar el riesgo asociado al tiempo de respuesta de los requerimientos.	21	1	2022	31	3	2022	Jefe Oficina de Gestión Social y Equipo de Trabajo
-------------	-----------------------	-------------------	---	--	----	---	------	----	---	------	--

2.2.1. EJECUCIÓN DE PROYECTOS

2.2.1.1. HALLAZGO EP-004 “Diferencias entre el presupuesto inicial del proyecto y el presupuesto estimado una vez presentados los estudios de diseños de la empresa contratada para este propósito.”

Acción 1. “Solicitar el acompañamiento de la Subgerencia de Gestión Corporativa, con el fin de identificar una herramienta que permita referenciar la información presupuestal para todos los proyectos de manera actualizada, coherente y precisa, garantizando el cumplimiento de los procedimientos y la normatividad aplicable.”. VENCIDA

El proceso Informa que: Se realizará la solicitud de cambio de fecha del año, correspondiente a la SGDP, dado que se está analizando la actividad, sobre la pertinencia para la adquisición de la herramienta requerida. Se revisa la posibilidad de adquirir la suscripción a la plataforma especializada de costo de construcción Construdata, para poder realizar la suscripción.

Nota: Es importante resaltar que está es una de las acciones de mejora que paso de la vigencia 2021 a 2022 y a la fecha del seguimiento el proceso responsable no había evaluado la nueva fecha de cumplimiento ni la pertinencia de las acciones generadas en la vigencia anterior, por lo que se recomienda evaluar la pertinencia de las acciones del hallazgo y su fecha de cumplimiento y solicitar la actualización de la misma a la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos.

Responsable: Subgerente de Desarrollo de Proyectos
Avance Porcentual: 0%

2.2.1.2. HALLAZGO EP-2022-002 “No se encuentra evidencia de que esté implementado e identificado el requisito de diseño y desarrollo de los productos y servicios dentro del proceso de ejecución de proyectos, entendiéndose como parte fundamental del despliegue de las actividades, considerando que existen otras partes interesadas para lograr dar aprobación y validación de los diseños solicitadas.”

Acción 1. “Definir la aplicación del numeral de diseño y desarrollo 8.3 de la norma ISO9001:2015.”. VENCIDA

El proceso Informa que: Se realizó la revisión de los controles del procedimiento vigente, se realizará

la actualización y posteriormente la validación en la matriz de cumplimiento de Diseño y desarrollo.
*Se solicitará prórroga para el desarrollo de esta actividad, dado que se debe realizar en forma paralela con la actualización del procedimiento, para el 30 de mayo de 2022.

Responsable: Subgerente de Desarrollo de Proyectos

Avance Porcentual: 20%

2.2.2. EVALUACIÓN FINANCIERA DE PROYECTOS

2.2.2.1. HALLAZGO EFP-009 “Por no movimiento de los recursos dispuestos en los patrimonios autónomos de algunos proyectos.

Se evidencia que en el mes de febrero los Patrimonios Autónomos de Restrepo, Olivos, Calle 26 y Villa Javier, no poseen movimiento de pago a proveedores, donde Restrepo y Olivos se encuentran con un saldo de \$0, Calle 26 obtuvo una pérdida de \$9.774.579.38, y Villa Javier una pérdida de \$13.475.430.72, correspondiente a la disminución del valor razonable.”

Acción 1. “Gestionar el proceso de liquidación Restrepo, Villa Javier, Cruces, Olivos y Calle 26.”. VENCIDA

El proceso Informa que: A la fecha se ha liquidado 1 de 5 fideicomisos por liquidar.

Se enviará solicitud a la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos solicitando reprogramar la acción con plazo hasta 31/ 12/2022

Nota: Es importante resaltar que está es una de las acciones de mejora que paso de la vigencia 2021 a 2022 y a la fecha del seguimiento el proceso responsable no había evaluado la nueva fecha de cumplimiento ni la pertinencia de las acciones generadas en la vigencia anterior.

Responsable: Coordinador de Fiducias

Avance Porcentual: 20%

2.2.2.2. HALLAZGO EFP-2021-013 “Solicitud y protocolos definidos para la solicitud de información a las Fiduciarias

Considerando que en entrevista realizada el día martes 10 de agosto de 2021, (ver papeles de trabajo de la auditoría) el área auditada manifestó que distintas dependencias de la Empresa solicitan información directamente a las Fiduciarias, es recomendable que periódicamente se recuerde a los jefes de área (en particular cada vez que se presente rotación de personal directivo) los procedimientos, protocolos de interacción y flujos de información definidos en los manuales operativos acordados con las fiduciarias vigentes.

Lo señalado, con el fin que las dependencias de la Empresa apliquen los mecanismos definidos para estos casos y así evitar que se generen reprocesos de solicitudes de información a las Fiduciarias, se eviten solicitudes reiterativas, duplicadas o contradictorias y, se logre un oportuno y eficiente flujo de reportes e información.”

Acción 1. “Realizar la actualización de los manuales operativos de los fideicomisos.”. VENCIDA

El proceso Informa que: Aunque se han realizado diferentes gestiones entre la SGI - Fiducias y la Dirección Contractual. Aun no se cuenta con Manuales Operativos Actualizados,

Se enviará solicitud a la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos solicitando reprogramar la acción con plazo hasta 30/05/2022

Nota: Es importante resaltar que está es una de las acciones de mejora que paso de la vigencia 2021 a 2022 y a la fecha del seguimiento el proceso responsable no había evaluado la nueva fecha de cumplimiento ni la pertinencia de las acciones generadas en la vigencia anterior.

Responsable: Coordinador de Fiducias

Avance Porcentual: 0%

2.2.2.3. HALLAZGO EFP-2021-014 “Es importante mencionar que la información remitida a la Contraloría está regida por la Resolución 011 de 2014 “Por medio de la cual se prescriben los métodos y se establece la forma, términos y procedimientos para la rendición de la cuenta y presentación de informes, se reglamente su revisión y se unifica la información que se presenta a la Contraloría de Bogotá D.C. y se dictan otras disposiciones” y que en su Artículo 34 menciona “Causales de Sanción. La Contraloría de Bogotá D.C., podrá, según el caso, imponer o solicitar a la autoridad competente la aplicación de sanciones a los responsables... PARAGRAFO. Se entenderá por no presentada la cuenta o informe, cuando no cumplan con los aspectos de presentación, forma, términos, contenido y firma digital...”

De igual forma, la resolución menciona en el Artículo 6° “...Responsable de rendir la cuenta. El Jefe o representante legal de la entidad u organismo Público...” por tal motivo, es importante tener en cuenta las posibles implicaciones (Ley 42 de 1993) que pueden surgir al presentar información que no concuerde con los datos reales teniendo en cuenta que el responsable del reporte de la información es el Gerente General de la Empresa.”

Acción 1. “Remitir a la Oficina de Control Interno, documento en el que se comunican los controles establecidos para el reporte de información en SIVICOF, con las evidencias respectivas.”. **VENCIDA**

El proceso Informa que: Se incluyó un 3er reviso en la línea de reporte de SIVICOF, está pendiente la remisión del memorando a la PCI demostrando los controles y las evidencias.

Responsable: Coordinador de Fiducias

Avance Porcentual: 20%

2.2.2.4. HALLAZGO EFP-2021-015 “Perfeccionamiento legal de los documentos aportados Se determina que, de manera general, en los documentos legales que conforman los Patrimonios autónomos se omiten requisitos, como se evidencia en los otrosíes y actas donde no se configura el perfeccionamiento o aceptación de estos mediante la suscripción o firma, contrario a lo solicitado en el Código General del Proceso y en el artículo 41 de la Ley 80 de 1993, toda vez que el acta se firma para constatar la aprobación de la misma y, de hecho, al faltar este requisito se podría alegar la falta

de legitimidad del documento.”

Acción 1. “Incluir en la socialización de los manuales operativos, un punto en el que se resalte la obligación de suscribir oportunamente los documentos legales de los patrimonios autónomos.”. VENCIDA

El proceso Informa que: Debido a que no se cuenta con manuales actualizados. No se han programado las sesiones de socialización.

Se enviará solicitud a la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos solicitando reprogramar la acción con plazo hasta 30/12/2022

Responsable: Coordinador de Fiducias

Avance Porcentual: 0%

2.2.3. GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

2.2.3.1. HALLAZGO GTH-2022-001. “No se encuentra evidencia de que se haya determinado información requerida para la capacitación relacionada con la implementación del SGC de la entidad, necesaria para asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de la política, los objetivos y su contribución a la eficacia del SGC”

Acción 2. “Incluir en el Plan Institucional de capacitación las capacitaciones o espacios que sean requeridos para garantizar la divulgación y entendimiento de la política y objetivos demás elementos SIG.”. VENCIDA

La Subgerencia Responsable reporta que: El Responsable del proceso de Talento Humano no reporto avance de esta actividad

Responsable: Subgerente de Gestión Corporativa - Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 0%

2.2.4. ATENCIÓN AL CIUDADANO

2.2.4.1. HALLAZGO AC-2022-001. “Buscar otros canales de evaluación de la satisfacción al ciudadano diferentes al canal telefónico, para que se logre visualizar resultados de calificación de servicios prestados por otros canales como página web, redes sociales, para no concentrar esfuerzos de evaluación, solamente sobre usuarios que radican algún tipo de requerimiento.

Garantizar que se logra determinar el criterio de evaluación de la satisfacción de los usuarios para lograr asegurar verificación estandarizada basado en procedimiento establecido.”

Acción 1. “Generar un documento en el cual se establezcan las etapas para la evaluación de satisfacción de los usuarios.”. VENCIDA

El proceso Responsable reporta que: El documento se encuentra en proceso de elaboración

Responsable: Jefe Oficina de Gestión Social y Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 10%

Acción 2. “Generar encuesta de precepción para todos los canales de atención a través de la página web.”. VENCIDA

El proceso Responsable reporta que: Se realizó mesa de trabajo con las áreas misionales quienes aportaron las preguntas, posteriormente se consolidaron en un documento el cual se validó con el área de comunicaciones y se definió la encuesta definitiva que va a ser subida en la página web de la entidad.

Responsable: Jefe Oficina de Gestión Social y Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 50%

2.2.4.2. HALLAZGO AC-2022-002. “Garantizar que se identifican riesgos del proceso de atención al ciudadano, que estén relacionados con la respuesta los requerimientos.”

Acción 1. “Documentar y socializar el riesgo asociado al tiempo de respuesta de los requerimientos.”. VENCIDA

El proceso Responsable reporta que: Se incluyó el riesgo en el mapa de riesgos, está pendiente de revisión y aprobación

Responsable: Jefe Oficina de Gestión Social y Equipo de Trabajo

Avance Porcentual: 50%

2.3. ACCIONES CERRADAS

Al corte evaluado se realizó el cierre de diez (10) acciones de mejora de los siguientes procesos: dos (2) de Evaluación y Seguimiento; tres (3) Gestión Predial y Social; dos (2) Gestión de Talento Humano; dos (2) Direccionamiento Estratégico; una (1) Gestión de TIC, las cuales se relacionan a continuación:

CÓDIGO	PROCESO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIONES	FECHA DE INICIO DE LA ACCIÓN			FECHA DE TERMINACIÓN DE LA ACCIÓN			RESPONSABLE	META	INDICADOR
					6	9	2021	31	1	2022			
ES-2021-007	Proceso de Seguimiento y Evaluación	Auditoría Externa	Dentro de los documentos asociados a la Oficina de Control Interno de la ERU no se evidenció una adopción formal de un documento que contenga el Programa de aseguramiento y mejora de la calidad, en el que	Incluir la Actividad del desarrollo de Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la	6	9	2021	31	1	2022	Jefe Oficina de	Actividad Incluida en Plan Anual de Auditoría 2022	Plan Anual de Auditoría 2022 V1 aprobado

ES-2021-008	Evaluación y Seguimiento	Auditoría Externa	Es importante que en los análisis y estructuración del Plan Anual de Auditoría se consideren todos los aspectos que realizará la OCI en cada vigencia, lo anterior en razón a que la Auditoría a Gestión Financiera que culminó en la vigencia 2021 no fue considerada en el PAA de la vigencia 2021.	Incluir en el Plan Anual de Auditoría de la próxima vigencia las actividades de la vigencia 2021 que queden pendientes por finalizar.	6	9	2021	31	1	2022	Jefe Profesional de la Oficina de	100% Asuntos pendientes del PAA de la vigencia anterior verificados e incluidos en el nuevo PAA	(Asuntos pendientes incluidos en el nuevo PAA / Asuntos de la vigencia anterior pendientes) * 100
GT-2021-001	Gestión de TIC	Auditoría Interna de Control Interno	Informe de Auditoría radicado I201003066 del 23 de noviembre de 2021. OP 04. Para garantizar el 100% de respaldo de la información institucional. Resultado de la evaluación al indicador de Disponibilidad de Información Institucional en Owncloud, se observa una oportunidad para asegurar el cubrimiento total de respaldo de la información institucional.	Revisar y analizar el Indicador del proceso "Disponibilidad de Información Institucional en Owncloud " con el fin de redefinirlo y lograr que más servidores públicos (contratistas y planta) utilicen el espacio en la herramienta Owncloud.	26	11	2021	30	3	2022	Profesional Gestión de TIC	Indicador "Disponibilidad de Información Institucional en Owncloud" actualizado.	Un indicador publicado y socializado.
GPS-2022-001	Gestión Predial y Social	Auditoría Interna de Control Interno	Falta de estandarización en los documentos contentivos de los Expedientes Administrativos de Gestión Social.	Revisar y ajustar el formato FT-156 "LISTA DE CHEQUEO REQUISITOS BÁSICOS DE PROCESOS" agregando una nota que explique que según el tipo de tenencia se	4	1	2022	28	2	2022	Jefe Oficina de Gestión Social	Formato FT-156 "LISTA DE CHEQUEO REQUISITOS BÁSICOS DE PROCESOS" actualizado y socializado.	Formato FT-156 "LISTA DE CHEQUEO REQUISITOS BÁSICOS DE PROCESOS" actualizado y socializado.
GPS-2022-002	Gestión Predial y Social	Auditoría Interna de Control Interno	Expedientes administrativos sin conclusión.	Listar los expedientes con proceso social culminado de los proyectos San Bernardo tercer Milenio y Voto Nacional.	4	1	2022	31	7	2022	Jefe Grupo de Archivo de la Oficina de	Listado del 100% Expedientes de los Proyectos Voto Nacional y San Bernardo con proceso	Listado del 100% Expedientes de los Proyectos Voto Nacional y San Bernardo con proceso

GPS-2022-004	Gestión Predial y Social	Interno Auditoría Interna de Control	Inconsistencias en la información referente a la liquidación y pago del expediente VN13_30 Jesica Marcela Reyes.	Unificar los Expedientes Sociales de los propietarios del predio VN13_30 Jesica Marcela Reyes, con los formatos estandarizados y aplicando los procesos archivísticos.	4	1	2022	31	7	2022	Grupo de Archivo de la Oficina de	Expediente unificado propietarios del predio VN13_30 Jesica Marcela Reyes	Expediente unificado propietarios del predio VN13_30 Jesica Marcela Reyes
GTH-2022-001	Gestión de Talento Humano	Auditoría Externa	No se encuentra evidencia de que se haya determinado información requerida para la implementación del SGC de la entidad, necesaria para asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de la política,	Generar una mesa de trabajo con la Subgerencia de planeación en la cual se definan y prioricen las necesidades capacitación,	13	1	2022	28	1	2022	de Subgerente de Gestión	Plan Institucional de Capacitación con la identificación de necesidades	Plan Institucional de Capacitación con la identificación de necesidades
GTH-2022-002	Gestión de Talento Humano	Auditoría Externa	No se evidencia que se haya logrado determinar métodos para la verificación de la eficacia de la capacitación brindada a la persona.	Revisar, actualizar o crear herramientas que permitan evaluar la eficacia de las capacitaciones brindadas (FT-141 Evaluación de las actividades de capacitación), realizando el llamado de los mismos en los procedimientos que sean aplicables.	13	1	2022	15	2	2022	Equipo de Gestión Corporativa -	100 % de los colaboradores del proceso con el conocimiento de las actualizaciones documentales asociadas al elemento de capacitación.	100 % de los colaboradores del proceso con el conocimiento de las actualizaciones documentales asociadas al elemento de capacitación.
DE-2022-001	Direccionamiento Estratégico	Auditoría Externa	No se evidencia que la política de calidad establecida para la entidad, haya sido comunicada para lograr su entendimiento a todos los niveles y funcionarios de la entidad, así como a las partes interesadas aplicables.	Incorporar en el plan de mantenimiento anual del Sistema Integrado de Gestión las estrategias de comunicación, divulgación y socialización de los elementos del SIG, tales como política, objetivos entre	4	2	2022	30	3	2022	Equipo de Subgerente de Planeación y	100% de las actividades de plan de trabajo asociadas a capacitación y divulgación de elementos del SIG ejecutadas	100% de las actividades de plan de trabajo asociadas a capacitación y divulgación de elementos del SIG ejecutadas

DE-2022-002	Direccionamiento Estratégico	Auditoría Externa	No se evidencia que los objetivos de calidad establecidos para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad, hayan sido comunicados de forma tal que se aseguren entendimiento por parte de todo el personal de la entidad.	Incorporar en el plan de mantenimiento anual del Sistema Integrado de Gestión las estrategias de comunicación, divulgación y socialización de los elementos del SIG, tales como política, objetivos entre otros.	4	2	2022	30	3	2022	Subgerente de Planeación y Administración de	100% de las actividades de plan de trabajo asociadas a capacitación y divulgación de elementos del SIG ejecutadas	100% de las actividades de plan de trabajo asociadas a capacitación y divulgación de elementos del SIG ejecutadas
-------------	------------------------------	-------------------	---	--	---	---	------	----	---	------	--	---	---

(Ver Seguimiento en la matriz de Excel denominado “Plan Mejoramiento ERU 2022 V2 - Seg Marzo 2022”)

2.3.1. EFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES CUMPLIDAS EN EL 100% – EVALUACIÓN INDEPENDIENTE OFICINA DE CONTROL INTERNO

CÓDIGO	PROCESO	FUENTE	DESCRIPCIÓN DEL HALLAZGO	ACCIONES	EVIDENCIAS DEL CUMPLIMIENTO DE LA ACCIÓN	LA ACCIÓN FUE EFECTIVA		OBSERVACION OCI
						SI	NO	
ES-2021-007	Proceso de Evaluación y Auditoría Interna	Auditoría	Dentro de los documentos asociados a la Oficina de Control Interno de la ERU no se evidenció una	Incluir la Actividad del desarrollo de Programa de Aseguramiento y Mejora de la Calidad de la Actividad de	Esta actividad se incluyó dentro del Plan Anual de Auditoria para la vigencia 2022 el cual fue aprobado en el comité CICCI No. 1 realizado el 26 de enero de 2022	X		La acción Planteada ataca la causa raíz del Hallazgo permitiendo prevenir la reiteración de este hallazgo si se implementan las

ES-2021-006	0Evaluación y	terna Auditoría	Es importante que en los análisis y estructuración del Plan Anual de Auditoría se consideren todos los	Incluir en el Plan Anual de Auditoría de la próxima vigencia las actividades de la vigencia 2021 que	Esta actividad se incluyó dentro del Plan Anual de Auditoría para la vigencia 2022 el cual fue aprobado en el comité CICC No. 1 realizado el 26 de enero de 2022	X	La acción Planteada ataco la causa raíz del Hallazgo permitiendo prevenir la reiteración de este hallazgo si se
			Falta de estandarización en los documentos contentivos de los Expedientes	Revisar y ajustar el formato FT-156 "LISTA DE CHEQUEO REQUISITOS BÁSICOS DE	Se generó versión ajustada del formato "FT-156 Lista de chequeo Requisitos básicos de procesos V2" de fecha 16/02/2022 y publicado por el área de planeación con fecha	X	La acción Planteada ataco la causa raíz del Hallazgo permitiendo prevenir la reiteración de este hallazgo
			Expedientes administrativos sin conclusión.	Listar los expedientes con proceso social culminado de los proyectos San Bernardo tercer	Se crearon los Listados del 100% Expedientes de los Proyectos Voto Nacional y San Bernardo con proceso terminado.	X	La acción Planteada ataco la causa raíz del Hallazgo permitiendo prevenir la reiteración de este hallazgo
			Inconsistencias en la información referente a la liquidación y pago del expediente VN13_30 Jesica	Unificar los Expedientes Sociales de los propietarios del predio VN13_30 Jesica Marcela Reyes,	Se subsanó esta No conformidad mediante la unificación del Expediente de propietarios del predio VN13_30 Jesica Marcela Reyes	X	La acción Planteada ataco la causa raíz del Hallazgo permitiendo prevenir la reiteración de este hallazgo
			No se encuentra evidencia de que se haya determinado información requerida para la capacitación	Generar una mesa de trabajo con la Subgerencia de planeación en la cual se definan y prioricen	Se llevaron a cabo mesas de trabajo con la Subgerencia de Planeación con el objetivo de definir y priorizar las necesidades de capacitación sobre elementos del SIG.	X	La acción Planteada ataco la causa raíz del Hallazgo permitiendo prevenir la reiteración de este hallazgo
			No se evidencia que se haya logrado determinar métodos para la verificación de la eficacia de la	Revisar, actualizar o crear herramientas que permitan evaluar la eficacia de las capacitaciones	El proceso de Talento Humano llevo a cabo dos reuniones con el objetivo de hacer revisión a la matriz de capacitación y a la Evaluación de las actividades de capacitación formato	X	La acción Planteada ataco la causa raíz del Hallazgo permitiendo prevenir la reiteración de este hallazgo
DE-2022-001			No se evidencia que la política de calidad establecida para la entidad, haya sido comunicada para	Incorporar en el plan de mantenimiento anual del Sistema Integrado de Gestión las estrategias de	Para la vigencia 2022 se formuló el Plan de Mantenimiento ISO 9001:2015, en el cual se incluyeron actividades de comunicación, socialización y divulgación del SIG. Para el periodo evaluado se han ejecutado las siguientes actividades:	X	La acción Planteada ataco la causa raíz del Hallazgo permitiendo prevenir la reiteración de este hallazgo
			No se evidencia que los objetivos de calidad establecidos para las funciones y	Incorporar en el plan de mantenimiento anual del Sistema Integrado de Gestión	1. Participación en la inducción	X	La acción Planteada ataco la causa raíz del Hallazgo permitiendo prevenir la reiteración
			Informe de Auditoría radicado I201003066 del 23 de noviembre de 2021.	Revisar y analizar el Indicador del proceso "Disponibilidad de Información	Los profesionales del proceso realizaron reunión donde se analizó el indicador Owncloud en la cual pudieron determinar que dicho	X	La acción Planteada busca prevenir la materialización del riesgo evidenciado en

3. RECOMENDACIONES.

1. Es importante revisar mensualmente las fechas de vencimiento de las actividades que cada proceso tienen a su cargo para garantizar su oportuno cumplimiento.
2. Solicitar a la Subgerencia de Planeación y Administración de Proyectos el cambio de las fechas de cumplimiento en casos atípicos, con el fin de prevenir el vencimiento de las acciones; estos cambios se deben realizar con la debida justificación para los casos que se lleguen a presentar, en especial los hallazgos que pasaron de la vigencia 2021 a 2022.
3. Continuar con la publicación oportuna del Plan de Mejoramiento por procesos cada vez que sea actualizado, tanto en la Intranet como en la página Web de la Empresa.
4. Fortalecer el análisis de **autoevaluación** (Circular 09 de 2017) por parte de los procesos y socializar la importancia de disponer de acciones generadas por este medio en el plan de mejoramiento por procesos de la Entidad.

5. Se reitera la importancia de que los procesos deben estudiar y analizar los informes de seguimiento que presente la oficina de Control Interno y las observaciones y/o recomendaciones allí contenidas ya que éstos permiten detectar los avances de cada proceso en su autoevaluación y optimización, implementando acciones de mejora cuando sea pertinente.
6. Los procesos deben realizar una revisión de los indicadores y evaluar la correspondencia de la acción planteadas y las acciones reportadas para el avance de los mismo - Se recomienda de ser necesario modificar el indicador o las acciones a implementar. Esta situación aplica de manera directa en el caso del proceso de Gestión Documental conforme lo mencionado en este informe.
7. Es importante entregar copia magnética de la totalidad de las actividades realizadas o documentos, como soporte a los Hallazgos y/o su ubicación en la Erunet, Pagina Web o Carpetas compartidas, a la Oficina de Control Interno, con el fin que sea factible verificar contra evidencias el cumplimiento de las acciones planteadas y poder dar porcentaje (%) de avance o cierre a las mismas. Cabe anotar que las acciones que reporten avances pero no presenten los soportes respectivos no serán objeto de evaluación de avance o cierre.
8. Para el caso de aquellos indicadores de avance que presentan nivel cero de cumplimiento o baja ejecución es importante que el proceso responsable evalúe las causas de esta situación y ejecute las actividades planteadas para el cumplimiento del mismo o adelante los cambios en el nivel que corresponda para atacar la causa raíz del hallazgo.

Cordialmente,



Janeth Villalba Mahecha
Jefe Oficina de Control Interno

ANEXO - Archivo magnético Excel -Matriz de Seguimiento denominado "Plan Mejoramiento ERU2022 V2-Seg Marzo 2022")

	Nombre	Cargo	Dependencia	Firma
Elaboró:	Lily Johanna Moreno González	Contratista O.C. I	Oficina de Control interno	
Revisó y Aprobó:	Janeth Villalba Mahecha	Jefe O.C. I	Oficina de Control interno	
Los(as) arriba firmantes, declaramos que hemos revisado el presente documento y lo presentamos para su respectiva firma.				