



Alcaldía de Medellín
ISVIMED

Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín



AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO AL PLAN
ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL
CIUDADANO – PAAC, 1er trimestre 2020.

INFORME

**JEFATURA DE OFICINA DE CONTROL
INTERNO**

Instituto Social de Vivienda y Hábitat de
Medellín - ISVIMED

Mayo 2020



NOMBRE DE LA AUDITORÍA	INFORME DE SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y DE ATENCIÓN AL CIUDADANO – PAAC, 1er trimestre 2020.			
TIPO DE AUDITORÍA:	Gestión		Auditoría de Ley	X
Unidad Auditable Evaluada:	PROCESO DE GESTIÓN ESTRATÉGICA.			
Tipo de Informe	Preliminar		Definitivo	X

1. INFORME EJECUTIVO

1.1. CONTEXTO

SUBDIRECCIÓN - PROCESO	DIMENSIÓN - POLÍTICA	VALOR INTEGRIDAD – PRINCIPIOS MIPG Y PROCESO	OBJETIVOS ODS - ESTRATÉGICO
<ul style="list-style-type: none"> Planeación institucional proceso estratégico. 	<ul style="list-style-type: none"> Política de integridad 2ª dimensión Direccionamiento estratégico y planeación. 	<ul style="list-style-type: none"> Diligencia. Orientación a resultados. Los tres (3) principios del estatuto anticorrupción, definidos en la Ley 1474 de 2011. 	<ul style="list-style-type: none"> Ciudades y comunidades sostenibles. Brindar un servicio eficiente y de calidad, que contribuya al reconocimiento de la Institución dentro de la comunidad.

1.2. OBJETIVO

Verificar el cumplimiento de las actividades definidas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2020 y la aplicación de las políticas institucionales respectivas.

1.3. ALCANCE

Dicho seguimiento aplicará para el primer trimestre del año 2020.

1.4. EQUIPO AUDITOR	1.5. CRITERIOS DE AUDITORÍA (normas y/o estándares)
<p>Catalina Vásquez Restrepo Jefe de Oficina de Control de Interno</p> <p>Diego Echeverri Montoya Profesional universitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ley 87 de 1993, por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones. Ley 1474 de 2011, por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública. Decreto 2641 de 2012, por el cual se reglamentan los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011. Decreto 1081 de 2015, por medio del cual se expide el Decreto Reglamentario Único del Sector Presidencia de la República. Documentación del Sistema de Gestión de Calidad – SGC, Institucional. Resolución Interna No. 186 de 2018, por medio de la cual se modifica la estructura del Sistema de Gestión y se adopta el MIPG - Modelo Integral de Planeación y Gestión en el Instituto, y se incluyen nuevas funciones. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano vigencia 2020, documento con código PL-GE-02 versión 05 del 10 de julio de 2019. Resolución No. 070 de enero de



	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 124 de 2016, por el cual se sustituye el Título IV de la Parte 1 del Libro 2 del Decreto 1081 de 2015, relativo al “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”. • Decreto 1499 del 2017, por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015. • Decreto 612 del 2018, Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado. • Manual Operativo Sistema de Gestión – Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG. • Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 4, octubre de 2018 – Departamento Administrativo de la Función Pública. • Estrategia para la construcción del PAAC de la Presidencia de la República. 	<p>2017 Política institucional de transparencia y lucha contra la corrupción.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución No. 838 de agosto de 2019, “Por la cual se modifica en su totalidad la Resolución No. 1421 de septiembre 1 de 2017 y 237 de abril 16 de 2010 y se adopta la Política de protección de datos personales, transparencia y acceso a la información pública del ISVIMED. • Resolución No 366 del 27 de marzo de 2019, modifíco la política de gestión del riesgo con base en nuevos lineamientos del MIPG.
--	--	--

1.6. CONCLUSIÓN

Aspectos a resaltar:

- La colaboración y compromiso de los auditados en la ejecución de la auditoria al compartir la información requerida para el desarrollo de este informe.

Recomendaciones generales:

- Presentar un informe del cumplimiento y eficacia del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano – PAAC y sus Políticas relacionadas al comité institucional de gestión y desempeño, con el fin de analizar los resultados y se tomen decisiones pertinentes y oportunas en pro del mejoramiento institucional.
- Alinear las estrategias planificadas en el PAAC y las actividades definidas en las acciones correctivas, preventivas y de mejora de las Políticas, el ITA u otras evaluaciones institucionales. Esto para lograr el trabajo coordinado entre los procesos y planes.

Conclusiones:

- Se concluye que el instituto ha trabajado y monitoreado el desarrollo de las actividades planteadas para el primer trimestre de la vigencia 2020.
- En el desarrollo de la presente auditoría se identificaron dos (2) riesgos, los cuales fueron medidos basados en sus controles y gestiones; arrojando como resultado para ambos un nivel de **riesgo moderado**, para los



1.6. CONCLUSIÓN

cuales se plantean doce (12) oportunidades de mejoramiento.

No	Riesgo identificado	Medición del Riesgo (Materialización)				Oportunidades de Mejora
		Extremo	Alto	Moderado	Bajo	
1	Que el Instituto no cumpla con el objetivo y estrategias definidas en el PAAC como con los lineamientos impartidos en las políticas institucionales.					Seguimiento actividades PAAC: Oportunidades de mejora No.1 a la 5. Seguimiento ejecución de políticas. Oportunidad de mejora No. 6 y 7.
2	Que el Instituto no realice monitoreo al desempeño del proceso ni implemente acciones de mejoramiento.					Medición y mejora del proceso (PAAC) Oportunidad de mejora No. 8 a la 12.

Con respecto a las oportunidades de mejora relacionadas en la segunda parte del presente informe, se pone en consideración de la entidad establecer los planes de mejoramiento correspondientes, que hacen parte de la contribución de esta dependencia para agregar valor y mejorar el desempeño de las operaciones del Instituto.

Los responsables tendrán cinco (5) días hábiles para remitir a la JOCI las respectivas aclaraciones, observaciones o justificaciones que consideren pertinentes a la información generada en dicho informe. De lo contrario, se entenderá que el informe preliminar queda en firme, como el informe definitivo.



2. INFORME DETALLADO

2.1 OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

2.1.1 Para la auditoría se evaluó el riesgo Cumplimiento: *“Que el Instituto no cumpla con el objetivo y estrategias definidas en el PAAC como con los lineamientos impartidos en las políticas institucionales.”*

Y el riesgo estratégico: *“Que el Instituto no realice monitoreo al desempeño del proceso ni implemente acciones de mejoramiento”.*

2.1.1.1 Título del tema: Seguimiento a la ejecución de las actividades definidas en el PAAC.

Criterio Evaluado

Criterio: Artículo 2.1.4.1. del Decreto 124 de 2016.

Estrategias de lucha contra la corrupción y de Atención al Ciudadano. Señálense como metodología para diseñar y hacer seguimiento a la estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano de que trata el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la establecida en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano contenida en el documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Versión 2”.

Criterio: Artículo 2.1.4.6. del Decreto 124 de 2016.

Mecanismos de seguimiento al cumplimiento y monitoreo. El mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas de los mencionados documentos, estará a cargo de las oficinas de control interno, para lo cual se publicarán en la página web de la respectiva entidad, las actividades realizadas, de acuerdo con los parámetros establecidos.

Por su parte, el monitoreo estará a cargo del Jefe de Planeación o quien haga sus veces y del responsable de cada uno de los componentes del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Criterio: Capítulo V, numerales 1 y 2 del documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano – Versión 2”.

1. Seguimiento: A la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces le corresponde adelantar la verificación de la elaboración y de la publicación del Plan. Le concierne así mismo a la Oficina de Control Interno efectuar el seguimiento y el control a la implementación y a los avances de las actividades consignadas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

2. Fechas de seguimientos y publicación: La Oficina de Control Interno realizará seguimiento (tres) 3 veces al año, así:

Primer seguimiento: Con corte al 30 de abril. En esa medida, la publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de mayo.

Segundo seguimiento: Con corte al 31 de agosto. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de septiembre.

Tercer seguimiento: Con corte al 31 de diciembre. La publicación deberá surtirse dentro de los diez (10) primeros días hábiles del mes de enero.

Criterio: Artículo 73 de la Ley 1474 de 2011.

Cada entidad del orden nacional, departamental y municipal deberá elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano. Dicha estrategia contemplará, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias antitrámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.



Decreto 612 del 2018 “Por medio del cual se fijan las directrices para la Integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción por parte de las entidades del Estado”.

El Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - PAAC vigencia 2020, está estructurado bajo cinco (5) componentes en los que se definen estrategias para el cumplimiento del objetivo, estos componentes son:

1. *Componente Mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos.*
2. *Componente Racionalización de trámites.*
3. *Componente Rendición de cuentas.*
4. *Componente Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.*
5. *Componente Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la información.*

Se realiza una revisión de cada una de las actividades propuestas en el PAAC vigencia 2020, basado en el archivo compartido por la subdirección de planeación con el seguimiento realizado y las respectivas evidencias entregadas.

Encontrando que para este primer trimestre se tenían veinte (20) actividades para desarrollar de tres componentes. De acuerdo a cada componente se analiza y el detalle de este se puede evidenciar en el **anexo No1 del presente informe.**

De manera general se tiene:

- **Componente Mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos:**

Cuenta con siete (7) actividades programadas y luego del análisis se concluye, que se evidencia cumplimiento de estas actividades y de la política de riesgos definida en la resolución 366 de 2019, esto al evidenciar el registro de los seguimientos de las matrices de riesgos de los procesos como el de corrupción.

- **Componente Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano:**

Se definieron diez (10) actividades, las cuales cuenta con sus respectivos avances. Pero es necesario evaluar la actividad “Activar las sedes en corregimientos donde se tiene injerencia y dar continuidad a la sinergia establecida con los Telecentros” con el propósito que sea nuevamente planificada y se logre el objetivo esperado, ya que esta actividad no se cumplió para este trimestre.

- **Componente Mecanismos para la transparencia y acceso a la información:**

Planificadas tres (3) actividades. Una de estas actividades, “Formalizar las TRD definidas en el 2019 ante el consejo de archivos para su posterior implementación”, tiene un cumplimiento parcial, por lo tanto, realizar una nueva planificación y monitorear su cumplimiento.

De igual manera, el equipo auditor realizó una lectura del PAAC y encuentra que el ítem 8. *Racionalización de trámites* del PAAC vigencia 2020, describe la Resolución 135 del 16 de febrero del 2018, el cual se encuentra derogado por la Resolución 186 de marzo 5 de 2018.

Es de anotar que el tema de racionalización de trámites relacionado en el plan fue evaluado por la JOCI en la auditoría de ley “Informe de seguimiento a los trámites

**Situación
Detectada**




administrativos inscritos en el sistema único de información de trámites – SUIIT”, comunicado con el memorando 200-044 del 20 de abril del 2020, en el que se informaron cinco (5) oportunidades de mejora referentes al cumplimiento de los lineamientos impartidos por el DAFP, frente a la racionalización de trámites, a través del aplicativo SUIIT y al monitoreo y desempeño del proceso.

Luego del análisis del seguimiento de las actividades del PAAC, se concluye que el **riesgo estratégico** no se materializó ubicándose en un nivel de **riesgo moderado**, determinando que el **control** establecido como *seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2020* es la herramienta de monitoreo aplicado por la subdirección de planeación basados en la información recolectada de cada subdirección o jefatura responsable; aunque la **gestión** no es efectiva, ya que existen dos actividades, una no cumplida y otra con cumplimiento parcial; adicional cuentan con recomendaciones de mejora para la gestión.

Observación No.	No aplica.
Oportunidad de mejora No. 1	Revisar las actividades que no se cumplieron, “Activar las sedes en corregimientos donde se tiene injerencia y dar continuidad a la sinergia establecida con los Telecentros” y “Formalizar las TRD definidas en el 2019 ante el consejo de archivos para su posterior implementación”, para que sean ajustadas y debidamente planificadas para lograr los objetivos y metas propuestas con estas tareas, y así mismo monitorear su ejecución.
Oportunidad de mejora No. 2	Cada subdirección y jefatura responsable de las estrategias de cada componente debe analizar las actividades allí planteadas para esta vigencia 2020, para que no repitan actividades ejecutadas en vigencias anteriores, con el propósito de crear nuevas estrategias basadas en los lineamientos ya documentados y desarrollados.
Oportunidad de mejora No. 3	Socializar los avances del PAAC en el comité institucional de gestión y desempeño para la toma decisiones necesarias y oportunas de acuerdo a los resultados obtenidos del monitoreo realizado por la subdirección de planeación basados en la información comunicada por cada responsable.
Oportunidades de mejora No. 4	Este informe de avance debería ser más integral, no solo el reporte de seguimiento a las actividades planeadas, sino incluir un análisis al cumplimiento del objetivo del plan como de las políticas relacionadas, es decir, a los indicadores y a las acciones de las políticas.
Oportunidades de mejora No. 5	El procedimiento y/o protocolo de atención al usuario fue socializado por vía correo electrónico al personal de esta área para el conocimiento de cada uno de estos. Por lo tanto, se recomienda que se evalúe el método de entrenamiento, con el propósito de garantizar la comprensión y entendimiento de sus responsabilidades para una buena implementación.
Oportunidades de mejora No. 5	Evaluar la metodología de seguimiento de los riesgos, de tal manera que esta genere información para análisis de datos y se genere toma de decisiones, así como identificar los riesgos materializados, identificar controles no aplicados o faltantes por desarrollar.



Medición	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología)	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología)
	Moderado 	Eficiente	No efectiva

2.1.1.2 Título del tema: Seguimiento a la ejecución de las políticas.

Criterio Evaluado	Descripción
	<p><i>Decreto 1499 del 2017 Por medio del cual se modifica el Decreto número 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública. Dimensión 5. Información y comunicación. Dimensión 3. Gestión con valores para resultados.</i></p> <p><i>Ley 1581 de 2012 Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.</i></p> <p><i>Decreto 1377 de 2013. por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012.</i></p> <p><i>Ley 1712 de 2014: Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del derecho de Acceso a la Información pública Nacional y se dictan otras disposiciones.</i></p> <p><i>Ley 1474 de 2011: Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.</i></p> <p><i>Ley 1581 de 2012 reglamentada por el decreto 1377 de 2013 y ley 1712 de 2014 reglamentada parcialmente por el decreto 103 de 2015</i></p> <p><i>Resolución interna 366 de 2019 Política de administración de riesgos.</i></p> <p><i>Resolución No. 838 de agosto 2 de 2019. Por medio de la cual se modifica en su totalidad la resolución NO. 1421 de septiembre 1 de 2017 y 237 del 16 de abril de 2010 y se adopta la política de protección de datos personales, transparencia y acceso a la información pública del Instituto.</i></p>

Situación Detectada	Descripción
	<ul style="list-style-type: none"> • Política institucional de transparencia y lucha contra la corrupción: Política definida bajo la resolución 70 de enero 26 de 2017, se desarrolla con cada una de las estrategias definidas en el PAAC, adoptado por la entidad para la vigencia 2020. • Política de administración de riesgos: Política definida en la Resolución 366 del 27 de marzo del 2019, que de acuerdo al seguimiento de la subdirección de planeación para este trimestre no requiere ser ajustada para esta vigencia y sobre estos lineamientos el instituto continuará la administración del riesgo. <p>Desde el plan PAAC en el Componente mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos, listan una serie de estrategias para dar cumplimiento a los lineamientos impartidos en la política. De igual manera se evidencia actividades planeadas desde el Plan MIPG vigencia 2020 en el componente evaluación del riesgo.</p> <p>Por anterior, alinear estos dos planes para trabajar de manera articulada y a un solo</p>



propósito.

Es necesario revisar los resultados que se obtienen del monitoreo y seguimiento para que se realicen los ajustes pertinentes a las metodologías de trabajo de cada proceso y con ello reforzar en capacitaciones a todos los servidores.

• **Política de protección de datos personales, transparencia y acceso a la información pública del Instituto:**

Política definida y ajustada en la Resolución No. 838 de agosto 2 de 2019, resultado de la planificación y ejecución de la acción correctiva No. 58, la cual tienen fecha programada de finalizar en diciembre de 2019, al realizar la consulta sobre el avance de esta acción para la implementación de la política, la subdirección jurídica informa que se retoma esta acción nuevamente por temas de cambios de administración y envían los soportes de las actividades realizadas en este trimestre. Es necesario que esta acción sea revisada y ajustada validando si lo planteado apunta a la eficacia y eficiencia en el logro del objetivo de la política y dar la celeridad necesaria para cumplir.

El equipo auditor hace revisión del cumplimiento y aplicabilidad de esta política y del manual de políticas y procedimientos para la protección de datos personales M-GJ-02, solicitando:

- Autorización para protección de datos de menores en el formato F-GJ-59, al evidenciar fotos de menores publicadas en las redes sociales. *La jefatura de comunicaciones no comparte el total de las autorizaciones, las dos enviadas están firmadas, pero no diligenciados por tanto no se identifica a que menor corresponde la autorización.*
- La autorización de la protección de datos en el ejercicio de diagnóstico de inquilinatos, evidenciando que el formato encuesta desarrollado no cuenta con la nota de protección de datos, y el equipo auditor hace la alerta a la subdirección jurídica para que tome las medidas necesarias y éstos posteriormente comunican y comparten el formato ajustado.

Luego del análisis del seguimiento a las políticas, se concluye que el **riesgo estratégico** no se materializó ubicándose en un nivel de **riesgo moderado**, determinando que el **control** establecido como *seguimiento al plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2020* es la herramienta para realizar el monitoreo; aunque la **gestión** no es efectiva, ya que se evidenciaron incumplimiento en la aplicación de los lineamientos de las políticas.

Observación No.


No aplica.

Oportunidad de mejora No. 6

Evaluar la metodología de socialización de las políticas y sus manuales o procedimientos relacionados al personal del instituto, con el propósito de garantizar el conocimiento y entendimiento de los lineamientos allí definidos para así obtener un cumplimiento eficaz y eficiente de estos.



Oportunidad de mejora No. 7 Las políticas están mencionadas en el PAAC, pero es necesario revisar y ajustar las estrategias y las actividades allí planteadas, para así lograr que estén alineadas al cumplimiento de los objetivos y lineamientos impartidos en las políticas y así obtener el cumplimiento de ley y el mejoramiento institucional.

Medición	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología)	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología)
	Moderado 	Eficiente	No efectiva

2.1.2 Para la auditoría se evaluó el riesgo estratégico: “Que el Instituto no realice monitoreo al desempeño del proceso ni implemente acciones de mejoramiento”.


2.1.2.1 Título del tema: Riesgos del proceso

Criterio Evaluado Decreto 1499 de 2017. Dimensión 2. Direccionamiento estratégico y planeación.
Resolución interna 366 de 2019, cláusula 4 responsabilidades de la implementación de la política integral de la administración de riesgos. Y su respectivo procedimiento P-GM-06

Situación Detectada Como se describió en el anexo No 1. Revisión al seguimiento al PAAC, se cuenta con el seguimiento del primer trimestre de los 13 procesos de gestión y de la matriz de riesgos de corrupción, es decir, los riesgos para el PAAC se identifican desde cada proceso desde su tema respectivo del componente del PAAC.

Observación No. No aplica.

Recomendación No.8 Revisar las observaciones realizadas en el anexo No. 1 y la recomendación No. 5 de este informe.

Medición	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología)	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología)
	Bajo 	Eficiente	Efectiva

 <p>Alcaldía de Medellín ISVIMED Instituto Social de Vivienda y Hábitat de Medellín</p>	INFORME DE AUDITORÍA	CÓDIGO: F-GEI-04
		VERSIÓN: 10
		FECHA: 16/04/2020
		PÁGINA: 10 de 21

2.1.2.2 Título del tema: Medición objetivo del proceso (indicadores)

Criterio Evaluado	<p><i>Artículo 11 de la Ley 1712 de 2014, todo sujeto obligado deberá publicar la información mínima obligatoria que se enuncia de manera proactiva. Así, de acuerdo al literal h) “un informe de todas las solicitudes, denuncias y los tiempos de respuesta del sujeto obligado”.</i></p> <p><i>El Decreto 1081 de 2015, incorporó el Decreto 103 de 2015 que reglamenta parcialmente la Ley 1712 de 2014, y en su Artículo 2.1.1.2.1.4. numeral 7, señaló que los sujetos obligados deben publicar en la página principal de su sitio web oficial, en una sección particular identificada con el nombre de “Transparencia y acceso a información pública”, entre otros, “El informe de solicitudes de acceso a la información señalado en el artículo 2.1.1.6.2 del presente Título”</i></p> <p>Numeral 4.4.1 de la NTC ISO 9001:2015. <i>“La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un Sistema de Gestión de la Calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.</i></p> <p><i>La organización debe determinarlos procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad y su aplicación a través de la organización, y debe:</i></p> <p><i>c) Determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, las mediciones y los indicadores de desempeño relacionados) necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control de estos procesos...”</i></p> <p>Numeral 9.1.3, de la NTC ISO 9001:2015. <i>“La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición. Los resultados de análisis deben utilizarse para evaluar:</i></p> <p><i>c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de calidad...”</i></p> <p>Decreto 1499 de 2017. Dimensión 4. Evaluación de resultados. Política Seguimiento y evaluación del desempeño Institucional.</p>
--------------------------	---

Situación Detectada	<p>El objetivo descrito en el PAAC es:</p> <p>Implementar acciones y estrategias anticorrupción, anti trámites, de atención al ciudadano y de rendición de cuentas que permitan <u>garantizar la transparencia, el buen gobierno y la eficiencia administrativa</u>, en el marco de la normatividad aplicable vigente.</p> <p>Los indicadores del PAAC están relacionados en cada uno de los procesos que intervienen en el desarrollo del plan, estos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Política integral de riesgos definida. - Cumplimiento a la gestión de mapas de riesgos. - Uso y apropiación de trámites publicados en página web. - Eficacia en la rendición de cuentas. - Satisfacción de atención al ciudadano. - Evaluación de proveedores. - Eficacia en la oportunidad en la respuesta a los derechos de petición. - Eficacia en la implementación de la política de transparencia. <p>El equipo auditor hace una revisión de cada uno de estos indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión Estratégica: <p>El indicador definido es “Política de riesgos redefinida”, el cual es</p>
----------------------------	---



contar con una política de riesgos integral que, de alcance en su implementación a todos los sistemas y modelos aplicables al instituto, teniendo como base los estándares internacionales aplicables a la gestión del riesgo (ISO 3011:2009) y el objetivo es redefinir la política de riesgos del instituto y cumplir con los lineamientos aplicables a la misma.

Evaluar este indicador, pues la política se ha redefinido en el 2018 y 2019, según indicador, adicional de acuerdo al seguimiento realizado por la subdirección de planeación en este primer trimestre, consideró no necesario redefinir y reajustar ésta. Por tanto, definir indicadores que evalúen la eficacia, eficiencia y efectividad de la política y aporten el cumplimiento de objetivos y eviten materialización de los riesgos.

*(ISO 3011:2009), la Norma de Gestión de Riesgos es NTC ISO 31000:2018.

- **Gestión de mejoramiento continuo**

El indicador es **“cumplimiento en la implementación de la política de gestión del riesgo”**, se mide de manera semestral por tanto se tendrá en cuenta para el próximo informe. *Analizar en contar con plan de trabajo para la gestión de riesgo unificada, ya que se evidencian tareas en el PAAC y el plan MECL, ambas deberían aportar a este indicador.*

- **Gestión de las TIC**

El indicador **“Uso y apropiación de trámites publicados en página web”**, fue evaluado en la auditoría de ley informe de seguimiento a los trámites administrativos inscritos en el sistema único de información de trámites – SUIT comunicado con el memorando 200-044 del 20 de abril, *el cual cuanta con la oportunidad de mejora No. 6.*

- **Gestión Comunicaciones.**

La rendición de la cuenta institucional es evalúa bajo el indicador **“Eficacia en la rendición de cuentas”**, el objetivo de éste es dar a conocer a las partes interesadas los resultados alcanzados en materia de ejecución del plan de desarrollo vigente. Es un indicador que se mide y analiza anualmente. *Al revisar el análisis en el SIFI módulo SMO no se evidencia la rendición de cuenta realizada de la vigencia 2019, el cual se realizó en el 28 noviembre de 2019 con corte al 31 de octubre 2019.*

- **Gestión Atención al ciudadano:**

Tienen dos indicadores:

Se evidencia un único indicador que evalúa solo la característica de oportunidad, llamado **“eficacia en la oportunidad en la respuesta a los derechos de petición”** con una meta de 90% y con unos resultados de medición del primer trimestre del 84,21%, 92,82%, 100%, lo que significa que institucionalmente se está cumpliendo con la meta, *pero de igual manera esto significa que hay inoportunidad en un 15,79% y 7,18% los tiempos de respuesta de una petición al usuario.* Pero es necesario evaluar este indicador, ya que con el informe de auditoría de PQRS, se evidencia que se están cerrando en el sistema SIFI en señal de finalizada la petición cuando estas no se pueden cerrar hasta no dar una respuesta que cumpla con todas las características, por tanto, esto cuestiona el cumplimiento de los tiempos.



Desde la jefatura oficina de control interno se hizo la alerta por medio de correo electrónico con asunto “transparencia página web” de fecha de 4 de febrero de 2020. En ese correo se informó que no se evidenciaba los informes de los resultados de las PQRSD de los meses de diciembre de 2019 y enero 2020; y durante la ejecución de este informe se evidencia que continuaba incumplimiento esta rendición, no se había rendido los resultados de PQRSD de diciembre 2019 y de este primer trimestre 2020, por tanto, se informa a los responsables y realizan esta rendición el 23 de abril.

El otro indicador es “**satisfacción en la atención al ciudadano**”, el cual mide el nivel de satisfacción de los ciudadanos frente a la atención y/o producto recibido. *Este tiene una meta del 95% y para este primer trimestre los resultados de satisfacción han sido del 82,86%, 71,01% y 89,71%., esto significa que no se ha cumplido con la meta y de acuerdo al análisis realizado en el SMO y el reporte de seguimiento del PAAC se tiene programado definir un plan de acción.*

- Gestión de infraestructura, bienes y servicios.

El indicador “**evaluación de proveedores**” evalúa el desempeño de los proveedores tanto de producto como de servicio, de tal manera que se garantice un proceso mutuamente beneficioso que permita brindar un servicio satisfactorio a todas las partes interesadas. Este se mide de manera semestral, por lo tanto, se analizará en el próximo informe.

- Gestión Jurídica:

Desde este proceso cuentan con el indicador “**Eficacia en la implementación de la política de transparencia**”, el cual busca garantizar la transparencia de los diferentes procesos que se gestionan al interior del instituto en el marco de la normatividad vigente y de las necesidades de todas las partes interesadas.


Indicador que se mide de manera trimestral, actividades ejecutadas vs programadas, y dicho programa fue solicitado a la subdirección jurídica e informan que es la acción No. 58 de fecha de 14.12.2018, por lo tanto, no es coherente que el resultado de este indicador para este primer trimestre sea del 100%, ya que las actividades de esta acción finalizaron en dic 2019 y para febrero del 2020 era evaluar la eficacia de la acción.

Luego del análisis de los indicadores en mención, se concluye que el **riesgo estratégico** no se materializó ubicándose en un nivel de **riesgo moderado**, determinando que el **control** establecido es el Sistema de Medición Institucional - SMO; pero la **gestión** no es efectiva, ya que los indicadores tienen oportunidades de mejora en la medición y análisis de la información.

Observación No.	No aplica.
Oportunidades de mejora No. 9	Evaluar el mecanismo de alerta para el cumplimiento de la rendición de la cuenta en la página web institucional, para no estar en contra de la ley de transparencia y el instructivo para seguimiento y actualización de contenidos de página web aplicación de la ley de transparencia y acceso a la información pública I-GC-07 V4. Lo que puede acarrear



	sanciones al no contar con la información de consulta a las partes interesadas.
Oportunidades de mejora No. 10	Evaluar la pertinencia de medir la eficacia, eficiencia y efectividad del PAAC, con indicadores que midan el cumplimiento de lo definido en el objetivo en cuanto a <u>garantizar la transparencia, el buen gobierno y la eficiencia administrativa</u> . Por lo tanto, se recomienda analizar y definir los indicadores correspondientes, para que estos aporten al mejoramiento institucional.
Oportunidades de mejora No. 11	Analizar la acción No. 58, validando la eficacia de esta acción, es decir, evaluar las actividades y fechas; adicional revisar que estas actividades estén alineadas a las estrategias del PAAC del respectivo componente.

Medición	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología)	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología)
	Moderado 	Eficiente	No efectiva

2.1.2.3 Título del tema: Planes de mejoramiento

Criterio Evaluado	<p><i>Sistema de Información para el Registro, Seguimiento, Monitoreo y Generación del Índice de Cumplimiento (ITA) de los Sujetos Obligados en la Ley 1712 de 2014.</i></p> <p><i>Documentos internos</i></p> <p><i>P-GEI-02 Procedimiento para auditoria de control interno.</i></p> <p><i>I-GEI-02 Instructivo para el seguimiento al plan de mejoramiento institucional.</i></p> <p><i>F-GEI-06 Plan de mejoramiento único institucional de control interno.</i></p>
--------------------------	--


Situación Detectada	<p>A la fecha de corte del análisis del informe se detecta que no se cuenta con planes de mejoramiento para PAAC, ya sea por que sean subsanado las observaciones de manera oportuna o por que no se han presentado observaciones o recomendaciones que requieran acciones de mejoramiento.</p> <p>El equipo auditor revisa el plan de mejoramiento de los resultados del Índice de Transparencia y Acceso a la Información – ITA del periodo 2019, presentados por la Procuraduría General de Nación el 30/08/2019. La mejora se encuentra documentada en la acción preventiva No. 71 del 18 de marzo de 2020, la cual cuenta con definición de actividades mas no con reporte de avance. Como se puede evidenciar se tomaron acciones 7 meses después del resultado, es necesario dar celeridad al cierre de brechas y realizar un monitoreo de que toda la información esté debidamente publicada en el vínculo de transparencias de la página institucional.</p>
----------------------------	--

Observación No.	No aplica.
------------------------	------------



Oportunidades de mejora No. 12

En el mismo sentido de la recomendación No. 11. Considera por parte de los responsables realizar un seguimiento y monitoreo periódica a las acciones para validar el cumplimiento y eficacia de estas o de ser necesario tomar decisiones pertinentes y oportunas.

Medición	Medición del Riesgo (Materialización)	Medición del Control (Existencia y diseño de la metodología)	Medición de la Gestión (Aplicación y cumplimiento de la metodología)
	Moderado 	Eficiente	Efectiva

Anexo No.1 Revisión al seguimiento al PAAC.

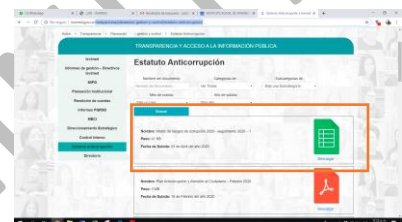
Componente Mapa de riesgos de corrupción y las medidas para mitigarlos.

ACTIVIDAD PROGRAMA	MONITOREO SUBDIRECCIÓN PLANEACIÓN	ANÁLISIS JOCI
1. Revisar y ajustar la política de riesgos con base a los aspectos identificados en el ejercicio realizado a nivel institucional en la materia	<p>Se revisó y analizó la política de riesgos y se determinó que no es necesario aplicar cambios a sus lineamientos. La política vigente está formalizada mediante resolución 366 del 27 de marzo del 2019.</p> <p>Evidencias: *Resolución 366 del 27 de marzo del 2019.</p>	<p>Se evidencia el acto administrativo de la política de riesgos en SIFI en módulo resoluciones y en página web institucional transparencia/normatividad/política-integral-de-riesgos/ con fecha del 30 de mayo de 2019.</p> <p>El equipo auditor solicita los soportes que evidencien el monitoreo. Y la respuesta del 20/04/2020 de la subdirección de planeación fue:</p> <p><i>La política es un pronunciamiento estructural, no define métodos específicos. Por ello la política n será ajustada hasta tanto no se presenten cambios normativos aplicables al material.</i></p> <p><i>Así mismo nuestro procedimiento el cual se adhiere a la Guía metodológica del DAFP, tampoco será modificado.</i></p> <p><i>Teniendo en cuenta que la normativa no ha cambiado y la metodología para su implementación tampoco, no se hace necesario un estudio técnico.</i></p> <p>Por lo tanto, el equipo auditor recomienda dejar por escrito el análisis realizado y la decisión tomada de la mesa de trabajo y/o comité directivo como responsabilidad la línea de defensa estratégica.</p>
2. Formalizar la nueva política bajo resolución	<p>El trámite de la expedición del acto administrativo por medio de la cual se adoptó la Política de Administración del Riesgo fue desarrollado en la Subdirección Jurídica.</p>	<p>Siendo coherente con la actividad anterior esta actividad no se desarrollará hasta tanto no se apliquen cambios a la política de riesgos.</p>



ACTIVIDAD PROGRAMA	MONITOREO SUBDIRECCIÓN PLANEACIÓN	ANÁLISIS JOCI
	<p>La política quedó formalizada mediante resolución 366 del 27 de marzo del 2019.</p> <p>Evidencias: *Resolución 366 del 27 de marzo del 2019.</p>	
<p>3. Ajustar el procedimiento metodológico acorde a los aspectos identificados en el ejercicio realizado a nivel institucional en la materia</p>	<p>Durante el período del presente reporte se revisó el procedimiento y no se encontró necesario actualizarlo, toda vez que los cambios efectuados en el mes de diciembre que quedaron oficializados en la versión del documento, se consideran apropiados para la ejecución metodológica del procedimiento de administración del riesgo.</p>	<p>Se evidencia procedimiento en SIFI/calidad/gestión de la mejora continua, con código P-GM-06 y versión 3 del 20/12/2020.</p> <p>El equipo auditor solicita los soportes que evidencien el monitoreo. Y la respuesta del 20/04/2020 de la subdirección de planeación fue:</p> <p><i>La política es un pronunciamiento estructural, no define métodos específicos. Por ello la política n será ajustada hasta tanto no se presenten cambios normativos aplicables al material.</i></p> <p><i>Así mismo nuestro procedimiento el cual se adhiere a la Guía metodológica del DAFP, tampoco será modificado.</i></p> <p><i>Teniendo en cuenta que la normativa no ha cambiado y la metodología para su implementación tampoco, no se hace necesario un estudio técnico.</i></p> <p>Por lo tanto, el equipo auditor recomienda dejar por escrito el análisis realizado y la decisión tomada de la mesa de trabajo y/o comité directivo como responsabilidad la línea de defensa estratégica.</p>
<p>4. Monitoreo, seguimiento y ajuste de matrices de riesgos con base a la política y al procedimiento</p>	<p>Se acompañó y asesoró metodológicamente sobre el monitoreo y seguimiento de las 13 matrices de riesgos de los procesos del instituto, con base al Procedimiento de la Administración de Riesgos, de esta manera se obtienen las matrices actualizadas con el monitoreo y seguimiento del trimestre 1-2020</p> <p>Evidencias: *Matrices de riesgos actualizadas en el SIFI</p>	<p>Se evidencian en SIFI/calidad/procesos/registros las matrices de riesgos de los 13 procesos más la matriz de riesgos de corrupción en gestión estratégica/planes. Cada una de las matrices cuenta con el reporte de seguimiento.</p> <p>El equipo auditor solicita el análisis del monitoreo y las acciones tomadas, y la respuesta dada por la subdirección de planeación del 20/04/2020 fue:</p> <p><i>Se está diseñando piezas comunicaciones al respecto, recordemos que el corte del seguimiento a riesgos fue enero-marzo y por ende la actividad se surtió las primeras semanas de abril.</i></p> <p><i>En el seguimiento que realice control interno al PAAC para el próximo cuatrimestre, daremos cuenta de las actividades posteriores al seguimiento.</i></p> <p><i>Aclaremos que ya se tiene una presentación lista la cual se llevará al comité institucional de coordinación de control interno, donde se surtirá también dichos resultados.</i></p>



ACTIVIDAD PROGRAMA	MONITOREO SUBDIRECCIÓN PLANEACIÓN	ANÁLISIS JOCI
		Por lo anterior, se solicita dicha presentación la cual fue compartida por la subdirección de planeación y respectivamente analizada por el equipo auditor. Se recomienda evaluar la pertinencia de analizar la tendencia de los resultados, la materialización de los riesgos, el cumplimiento de los controles, el avance de la documentación y los controles, el cumplimiento de las acciones tomadas, entre otros temas que evidencien la gestión.
5. Publicar mapa de riesgos de corrupción en página web y en el SIFI	Para efectos de dar cumplimiento a este componente del PAAC 2020, la matriz de riesgos de corrupción se publicó en la página web y en el SIFI Evidencias: Matriz de riesgos de corrupción publicada en SIFI y en página web	Se evidencia publicada el seguimiento al primer trimestre de la matriz de riesgos de corrupción en la pagina web institucional en transparencia/planeacion-gestion-y-control/estatuto-anticorrupcion/ con fecha del 3 de abril del año 2020. 
6. Realizar monitoreo constante por parte del líder del proceso con el apoyo de su equipo de trabajo para hacer los ajustes pertinentes frente a controles previamente establecidos	Teniendo en cuenta el acompañamiento y asesoría que se brindó a los líderes y enlaces de calidad de los procesos, los mismos realizaron monitoreo y seguimiento a los controles existentes de su matriz de riesgos Evidencias: *Matrices de riesgos actualizadas en el SIFI	Se evidencian en SIFI/calidad/procesos/registros las matrices de riesgos de los 13 procesos más la matriz de riesgos de corrupción en gestión estratégica/planes. Cada una de las matrices cuenta con el reporte de seguimiento. Evaluar la necesidad de formar al personal en el seguimiento de permanente y reporte de los riesgos, del como evidenciar que se están cumpliendo con los controles; responsabilidad que tienen cada una de las líneas de defensa.
7. Realizar seguimiento por parte de la oficina de control interno frente a la materialización del riesgo por procesos	La oficina de control Interno ha realizado los once (11) informes de ley y auditorías, programadas para el primer trimestre de la vigencia 2020. Estas auditorías tienen un enfoque basado en riesgos, tal como lo evidencian los informes presentados. Dichos informes se encuentran en custodia de la Oficina de Control Interno.	Se evidencia en el SIFI/módulo SMO/evaluación independiente/indicador, allí se evidencia en el análisis los informes realizados en el primer semestre y en cada uno de estos cuenta con el capítulo medición del proceso, en donde se analizan los riesgos propios de la unidad auditable.


Componente Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.

ACTIVIDAD PROGRAMA	MONITOREO SUBDIRECCIÓN PLANEACIÓN	ANÁLISIS JOCI
1. Activar las sedes en corregimientos donde se tiene injerencia y dar continuidad a la sinergia establecida con los	Es importante resaltar, que el área de comunicaciones se encuentra en la búsqueda del personal idóneo y capacitado	Actividad no cumplida de acuerdo a lo programado.

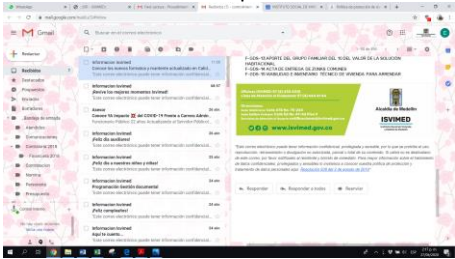


ACTIVIDAD PROGRAMA	MONITOREO SUBDIRECCIÓN PLANEACIÓN	ANÁLISIS JOCI
Telecentros.	<p>para estar en dichas sedes, adicionalmente, por todo el tema de la contingencia que se está viviendo actualmente en el país, no se ha logrado cerrar este proceso.</p> <p>Se espera que para el mes de mayo se tenga el personal contratado para los telecentros y así tener todo el equipo de atención al ciudadano completo, brindando la mejor atención a la población.</p>	
2. Formalizar la oficina de atención al ciudadano, acatando lineamientos establecidos en el MIPG, y cumplir con los lineamientos allí dispuestos.	<p>La oficina de atención al ciudadano ya se encuentra formalizada a través de la resolución 1341 de 2019, acatando lineamientos establecidos en el MIPG.</p> <p>Evidencia: * Resolución 1341 de 2019</p>	<p>Se evidencia resolución 1341 de octubre de 2019 en SIFI en el módulo resoluciones.</p> <p>Esta era una actividad cumplida desde la vigencia 2019, por tanto, evaluar la necesidad de definir estrategia orientadas en cumplir lo definido en la resolución 1341 de 2019.</p>
3. Divulgar protocolo de atención al equipo de atención al ciudadano	<p>La divulgación del protocolo se llevó a cabo mediante el correo electrónico, donde se les compartió a los contratistas de atención al Ciudadano el protocolo que se maneja en el Instituto.</p> <p>Evidencia: Correo electrónico enviado al equipo de GA</p>	<p>Se evidencia pantallazo de envío de correo de socialización con fecha del 31 de marzo del 2020, por lo tanto, el quipo auditor solicita que compartan el correo y el documento socializado, evidenciando que el procedimiento P-GA-01 de versión 14 del 28/11/2019, el cual se compartió a 6 servidores del proceso de atención al usuario incluida la jefe de la oficina asesora de comunicaciones.</p> <p>El equipo auditor recomienda que se analice la eficacia de la socialización realizada a ese equipo de trabajo, para así garantizar la implementación del procedimiento, así mismo, en la fecha que se realiza, días posteriores de ingreso del personal.</p>
4. Elaborar informe e indicadores	<p>Organizacional el indicador SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN AL CIUDADANO, al cual se adjunta como evidencia la tabulación de las encuestas de satisfacción realizadas para cada uno de los meses.</p> <p>Evidencia: *Indicador SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN AL CIUDADANO alojado en el SMO *Tabulación encuestas realizadas</p>	<p>Se evidencia en SIFI en el módulo SMO/gestión atención al ciudadano/indicador medido y analizado, pero como se describió en el ítem de indicadores este no ha cumplido con las metas, por lo que se requiere que se desarrolle plan de acción.</p>
5. Radicar todas las peticiones que ingresen al Instituto sin importar el medio por el cual fueron reportadas por el usuario.	<p>Todas las PQRSD del instituto son radicadas en aras de tener trazabilidad de cada una de ellas. En apoyo con la Subdirección Jurídica se determinaron los lineamientos para la recepción y</p>	<p>El tema PQRSD fue evaluado por el equipo auditor en el informe de ley seguimiento de PQRSD.</p> <p>Se evidencia resolución 275 del 3 de abril 2020 "por la cual se suspenden los términos de los procesos de algunas actuaciones administrativas del Isvimed", el cual se consulta desde</p>



ACTIVIDAD PROGRAMA	MONITOREO SUBDIRECCIÓN PLANEACIÓN	ANÁLISIS JOCI
	<p>el trámite de las PQRSD durante la contingencia por Covid 19. Estos lineamientos fueron socializados con los subdirectores con el fin de garantizar el compromiso en los tiempos. Se espera que al regreso de la emergencia sanitaria se normalice el proceso y se asignen los mismos tiempos de respuesta a las PQRSD.</p> <p>Evidencia: * Lineamientos para PQRSD durante contingencia Covid 19</p>	<p>SIFI/módulo de resoluciones y este no se encuentra cargado allí.</p>  <p>De acuerdo a la fecha este aplica a partir del 3 de abril del 2020, mas no en el periodo evaluado.</p> <p>Se solicita a la subdirección jurídica que comparta el documento de lineamientos de PQRSD, el cual no se encuentra estandarizado en el sistema de gestión institucional como lo estable el procedimiento P-GM-03 de versión 13 y así no se puede identificar desde cuando es aplicable el instructivo.</p>
<p>6. Elaborar informe e indicadores de peticiones</p>	<p>Mensualmente se diligencia en el Sistema de Medición Organizacional el indicador EFICACIA EN LA OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS DERECHOS DE PETICIÓN, al cual se adjunta como evidencia los informes mensuales de PQRSD.</p> <p>Evidencia: *Indicador EFICACIA EN LA OPORTUNIDAD EN LA RESPUESTA A LOS DERECHOS DE PETICIÓN alojado en el SMO. *Informe de PQRSD</p>	<p>Se evidencia en SIFI en el módulo SMO/gestión atención al ciudadano/indicador medido y analizado, en el ítem indicadores están descritas las observaciones.</p>
<p>7. Realizar campañas informativas sobre la responsabilidad de los servidores públicos frente a los derechos de los ciudadanos.</p>	<p>Dando cumplimiento a la responsabilidad que tienen los servidores públicos de informar de manera clara y oportuna, cumpliendo con los derechos de los ciudadanos, desde la Oficina asesora de comunicaciones se han creado unas piezas para hacer frente a la implementación de un lenguaje que nos permita poder ayudarles en todas las dudas que tienen y que nos acerque a los ciudadanos cada día más.</p> <p>Se empezó esta campaña con una estrategia denominada "cápsulas</p>	<p>Se han evidenciado los boletines internos en donde sensibilizan al personal en el lenguaje claro.</p> <p>Es necesario que al personal se le sensibilice en cuales son los derechos de los ciudadanos para que tengan claros, y así lograr el acceso y transparencia de la información.</p>



ACTIVIDAD PROGRAMA	MONITOREO SUBDIRECCIÓN PLANEACIÓN	ANÁLISIS JOCI
	<p>del lenguaje", en la que se expone a todo el público interno tips para fomentar una comunicación de manera asertiva con los ciudadanos.</p> <p>Evidencias: * Publicaciones en boletín interno</p>	
<p>8. Divulgar la política de protección de datos personales.</p>	<p>La política de protección de datos personales (resolución 838 de 2019) fue divulgada y se encuentra publicada en la página web del Instituto y en Sistema de Información SIFI. Actualmente se cuenta con los formatos que blindan al Instituto frente a este requisito legal, los cuales se encuentran en el proceso de Gestión Jurídica.</p>	<p>Se evidencia en el módulo de resoluciones de SIFI la resolución 838 de agosto de 2019, como en la página web institucional en la ruta transparencia/normatividad/politica-de-proteccion-de-datos-personales-y-transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica.</p> <p>Se evidencia piezas comunicacionales socialización de la política en los diferentes medios de comunicación institucional.</p> <p>Evaluar en realizar socialización de esta política en la inducción y reinducción institucional.</p>
<p>9. Realizar mesas de trabajo para realizar diagnóstico de los formatos que deben contener la política</p>	<p>Por motivos de la emergencia sanitaria y la calamidad social, las reuniones se han aplazado. Por medios electrónicos la Subdirección Jurídica ha venido solicitando a las demás subdirecciones y/o jefaturas del Instituto la revisión de sus formatos para que sea reportada el cumplimiento de la política y a su vez atender requerimientos de apoyo del equipo jurídico.</p> <p>Evidencias: Memorando 600-049</p>	<p>Se revisa memorando 600-049 de 16 de marzo de 2020, durante la ejecución de la auditoría la subdirección jurídica comparte respuestas de los correos enviados por las subdirecciones de los avances realizado en dicho memorando del ajuste de los formatos.</p>
<p>10. Asegurar que todos los colaboradores cuentan con el anuncio de protección de datos en el pie de página del correo electrónico institucional.</p>	<p>En el correo institucional se colocó como texto predeterminado el cumplimiento de los lineamientos trazados en la resolución 838 de 2019, lo anterior como mecanismo frente a terceros. De igual forma desde el proceso de Gestión de las TIC, al momento de crear los correos del personal que ingreso nuevo al instituto, se le asigna a cada usuario el pie de página que se envía automáticamente a cada destinatario.</p>	<p>Se evidencia correo con pie de nota:</p> 



Componente Mecanismos para la Transparencia y Acceso a la información.

ACTIVIDAD PROGRAMA	MONITOREO SUBDIRECCIÓN PLANEACIÓN	ANÁLISIS JOCI
1. Divulgar la política 838 del 2019 por la cual se modifica en su totalidad las resoluciones N° 1421 de septiembre 1 de 2017 y 237 del 16 de abril de 2010 y se adopta la política de protección de datos personales, transparencia y de acceso a la información pública del instituto social de vivienda y hábitat de Medellín- Isvimed".	<p>Se elaboró y se envió la pieza comunicacional, por redes sociales del Instituto, para la divulgación al público externo y por el correo para los usuarios internos, invitando a conocer la política de protección de datos.</p> <p>Evidencias: *Publicación instagram *Publicación facebook *Publicación twitter *Publicación boletín interno</p>	<p>Se evidencia en el módulo de resoluciones de SIFI la resolución 838 de agosto de 2019, como en la página web institucional en la ruta transparencia/normatividad/politica-de-proteccion-de-datos-personales-y-transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica.</p> <p>Se evidencia piezas comunicacionales socialización de la política en los diferentes medios de comunicación institucional.</p> <p>Evaluar en realizar socialización de esta política en la inducción y reinducción institucional.</p>
2. Garantizar la publicación de la política en página web	<p>La Resolución 838 de 2019, se encuentra publicada en la página web del instituto, en el link:</p> <p>http://isvimed.gov.co/transparencia/normatividad/politica-de-proteccion-de-datos-personales-y-transparencia-y-acceso-a-la-informacion-publica/</p> <p>Adicionalmente la misma se encuentra publicada en el módulo Calidad del SIFI en el proceso de Gestión Jurídica</p> <p>Evidencias: *Publicación en página web</p>	
3. Formalizar las TRD definidas en el 2019 ante el consejo de archivos para su posterior implementación	<p>A través de radicado S18430 del 28 de noviembre de 2019 se presentó la actualización de las Tablas de Retención Documental (TRD) ante el Consejo Departamental de Archivos</p> <p>En el mes de febrero de 2020 el Consejo Departamental de Archivo envió una comunicación solicitando que se complementara una información para continuar con el proceso de formalización, sin embargo, esta solicitud no se llevará a cabo dado que será necesario incluir un nuevo proceso en las TRD. De igual manera se presentará una propuesta sobre la estructura de</p>	<p>Las TRD fueron formalizadas ante el Consejo Departamental de Archivo, y de acuerdo al seguimiento reportando se recomienda que esta actividad sea revisada, ajustada y debidamente planificada para que se cumpla con los lineamientos dados por el Consejo Departamental de Archivo y realizar el monitoreo correspondiente el comité institucional de gestión y desempeño.</p>



ACTIVIDAD PROGRAMA	MONITOREO SUBDIRECCIÓN PLANEACIÓN	ANÁLISIS JOCI
	<p>las TRD ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, instancia donde se espera que la misma sea aprobada para empezar el proceso de actualización.</p> <p>Evidencia: * Radicado TRD S18430 * Comunicación recibida desde el consejo departamental de archivo (no se cuenta de manera digital con esta evidencia. La misma reposa en las instalaciones del Instituto. Inmediatamente se supere la contingencia por Covid 19 se enviará para su conocimiento).</p>	

Cordialmente,

Catalina Vásquez R.

CATALINA VÁSQUEZ RESTREPO
Jefe de Oficina de Control Interno
(*) Firma digital.

CP

Diego E.

J.P.A.U.

CP

Elaboró	Catalina Vásquez Restrepo	Revisó	Diego Echeverri Montoya Maria Paulina Berrio Villa	Aprobó	Catalina Vásquez Restrepo
	Jefe de Oficina de Control Interno		Profesional universitario Contratista de apoyo a la Jefatura de Oficina de Control Interno		Jefe de Oficina de Control Interno

(*) VoBo Digital