

LOTERIA DEL QUINDIO EICE	
INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO	
Periodo informado: Marzo 01 a junio 30 de 2019.	Vigencia 2019
Jefe de Control Interno: Adriana Lucía Cardona Valencia	

INTRODUCCIÓN

En cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley 1474 de 2011 – Estatuto Anticorrupción, es responsabilidad del Jefe de la Oficina Asesora de Control Interno presentar cada cuatro meses un informe que dé cuenta del estado del Sistema de Control Interno.

Con la expedición del Decreto 1499 de 2017 se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la calidad, Definiéndose como un solo sistema de Gestión, el cual se articula con el sistema de Control Interno definido en la ley 87 de 1993 “Por el cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones”.

Dado lo anterior, se define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, el cual permite a todas la entidades del estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar su desempeño, bajo criterios de calidad, cumpliendo su misión y buscando la satisfacción de los ciudadanos, por lo que el Modelo estándar de control Interno – MECI continua siendo la herramienta de operación del sistema de Control Interno, cuya estructura se actualiza en articulación con el MIPG.

La Lotería del Quindío EICE, adopto el modelo MIPG, definido en el Decreto 1499 de 2017 y se encuentra en la fase de su implementación, por lo que el presente informe se enmarca en los postulados del MIPG, sus siete (7) dimensiones, de las cuales hace parte el control interno, las políticas definidas para cada dimensión, y las cuatro (4) líneas de defensa de que trata este Modelo.

1. INSTITUCIONALIDAD

En cumplimiento al decreto 648 y 1499 de 2017, la Lotería del Quindío EICE creo las instancias que trabajan coordinadamente para establecer las reglas, condiciones, políticas, metodologías para que el Modelo funcione y logre sus objetivos, por lo cual se adoptó el modelo y se creó el Comité institucional de gestión y desempeño.

Así mismo se ajustó el Comité institucional de control interno: En el mes de enero de la actual vigencia, este comité aprobó el plan de acción de la oficina de control interno, con su correspondiente plan de auditorías y seguimientos y en el mes de mayo se presentaron avances de las auditorías realizadas y se aprobó una modificación al plan de auditorías.

2. DIMENSIONES.

2.1 DIMENSIÓN DEL TALENTO HUMANO

Durante el periodo de marzo a junio de 2019 la entidad ha venido trabajando para mejorar las debilidades evidenciadas mostrando así amplios márgenes de mejoramiento en la cadena de valor y en la implementación de las rutas de la felicidad como lo son:

- Código de Integridad*, el cual fue ajustado en la vigencia anterior, de acuerdo a los lineamientos del MIPG y fue socializado de manera participativa con todo el personal
- Plan de Bienestar, Capacitación e incentivos*: Adoptado mediante resolución No 20 del 31 de enero de 2019, a través del cual se han venido desarrollando diferentes actividades de capacitación y bienestar social.
- Se realizó la alineación del proceso de talento humano al plan estratégico de la entidad.
- Se ha dado cumplimiento al plana de trabajo del sistema de seguridad y salud en el trabajo, el cual cumple con los requisitos del nuevo modelo.
- Se hadado cumplimiento a las jornadas de inducción y reinducción; las cuales hacen parte del plan de formación y capacitación.
- Se realizó la evaluación del desempeño del personal de planta.
- En el plan estratégico institucional de la vigencia 2019, se incluyeron actividades tendientes a desarrollar los siguientes instrumentos:
 1. Plan de previsión de recursos humanos
 2. Plan estratégico de talento humano

RESULTADO FURAG II – DIMENSIÓN TALENTO HUMANO: Se obtuvo una calificación del 62.47% lo que permite establecer que la entidad, viene gestionado de una manera adecuada su talento humano y en observancia a las normas que rigen en materia de personal y en pro de la integridad de su personal y buscando el mejoramiento de las competencias de sus empleados.

Los índices que reportan una baja gestión es de **Desvinculación asistida y retención del conocimiento generado por el talento humano**, que arrojo una calificación de 51.83% dado que la entidad a la fecha no cuenta con programas para los pensionados.

2.2 DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN:

- La entidad, cuenta con misión, visión, objetivos institucionales y políticos de operación adoptados mediante manual de calidad, los cuales ya se encuentran adaptados al nuevo modelo.
- Todos los procedimientos se encuentran documentados y publicados en la red interna donde se administran los archivos del sistema de gestión de calidad (Caracterización de procesos).
- Se formuló y publicó el plan estratégico institucional para la vigencia 2019, al cual se le realiza seguimiento y a junio 30 de 2019, se encuentra en un porcentaje de avance sobre el 60%.
- La entidad cuenta con la batería de indicadores de todos los procesos, los cuales se encuentran actualizados y son medidos periódicamente.
- Se efectuó revisión y actualización de la matriz de riesgos, la cual integra los riesgos institucionales, de corrupción y de cada proceso, a la cual se le hace seguimientos permanentes.
- La estructura organizacional actual se encuentra definida a través de un mapa de procesos.
- Fue adoptado el plan anticorrupción y de atención al ciudadano para la vigencia 2019, al cual se le realiza seguimiento cuatrimestral; el primer seguimiento muestra un porcentaje de cumplimiento del xx%.

Resultado FURAG II – Direccionamiento estratégico y de planeación:

Se obtuvo una calificación del 62.53% lo que permite ver que los objetivos estratégicos definidos por la entidad, se encuentran bien enfocados y se posee la capacidad para gestionar las estrategias y metas planeadas.

El FURAG, arroja una calificación baja en las líneas denominadas **Planeación basada en evidencias** con un 56.37% y **Planeación participativa** con un 54.31%, lo anterior se pudiera generar dado que la entidad, dada su naturaleza no permite fomentar o involucrar a la ciudadanía en sus procesos de planeación.

2.3 DIMENSIÓN GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS

Para el período de marzo a junio de 2019 la entidad ha venido desarrollando avances de la dimensión desde sus líneas de gestión y desarrollo como son el Mérito de integridad, valores, transparencia y cambio cultural, donde se reportan los siguientes avances:

- **Gestión Presupuestal:** La ejecución presupuestal de la entidad a 30 de junio de 2019, refleja el 41.37% de ejecución, el cual corresponde a un valor de \$
- **Gobierno Digital:** En los seguimientos realizados a las publicaciones en la página web a mayo 31 e 2019, se evidenció que los procesos han dado cumplimiento a los documentos establecidos en la matriz de legalidad de Gobierno Digital y Ley de transparencia.

Así mismo durante el periodo rendido la entidad avanzo en los siguientes aspectos:

- En el mes de Marzo de 2019, se levanto nuevamente un autodiagnostico de Gobierno Digital.
 - En el mes de mayo se inicio un primer acercamiento con el programa del Ministerio de las TIC, llamado máxima velocidad.
 - Se realizo la inscripción y se actualizo la política de seguridad y privacidad de la información.
 - Se levanto la matriz de riesgos, como avance para consolidar el Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información.
 - La entidad se encuentra avanzando en identificar información para cargar en "DATOS ABIERTOS"
 - En Junio se inicio el borrador de la formulación del PETI
 - Se inicio el documento borrador del Plan de gestión de riesgos de seguridad, privacidad de la información y seguridad digital.
-
- **Servicio al Ciudadano:** La entidad tiene un procedimiento documentado para la atención de sus PQRS, al cual se le hace seguimiento mensual y según el informe generado a junio 30 de 2019, éste proceso muestra una mejora significativa con respecto al primer semestre del año anterior.

 - **Rendición de Cuentas:** Se dio cumplimiento a la obligación de realizar la rendición pública de cuentas, en este caso de la vigencia fiscal 2018, la cual se realizo el día 21 de junio de 2019, de manera conjunto con la administración central.

Resultado FURAG II – Dimensión Gestión Con Valores Para El Resultado:

Se obtuvo una calificación del 58.69% lo que denota que se debe mejorar y revisa la capacidad de la Lotería para responder por las actividades programadas para lograr las metas proyectadas.

Las líneas más bajas estuvieron representadas por la política de Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos que obtuvo un cumplimiento del 58.23%, la política de Gobierno digital con un 57.89%, y la línea de FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL: Gestión óptima de los bienes y servicios de apoyo con una calificación de 53.07%, Fortalecimiento de la Arquitectura Empresarial con un 53.82%.

2.4 DIMENSIÓN EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La entidad cuenta con indicadores que están inmersos en el plan estratégico institucional, se cuenta con un cuadro de mando de indicadores, ambos permiten medir la eficacia y la eficiencia durante y después de la gestión realizada.

Resultado FURAG II – Dimensión Evaluación de resultados: Se obtuvo una calificación del 61.03% lo que evidencia que la entidad tiene definida una metodología para medir su gestión de manera permanente, que permite realizar seguimientos a los avances en su gestión y la consecución efectiva de los resultados planteados con la oportunidad, cantidad y calidad esperadas, e implementar acciones para mitigar los riesgos que la desvían del cumplimiento de sus objetivos y metas.

2.5 DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:

Con corte al periodo rendido, la entidad reporta lo siguiente:

- Se cuenta con la política de comunicaciones formulada y publicada.
- La entidad cuenta con unas tablas de retención documental con las que se cumple el proceso de archivo en los diferentes procesos, pero se hace necesario formalizar este documento.
- En cada vigencia se cumple con las transferencias documentales al archivo central.
- En materia de la gestión documental se incluyó en el plan de acción de la vigencia 2019, actividades tendientes a la formulación del Plan institucional de archivos de la entidad PINAR.

Resultado FURAG II – Dimensión Información y comunicación: Se obtuvo una calificación del 57.37% lo que refleja que la entidad, requiere afianzar el proceso de gestión documental de la entidad, con el fin de brindar una eficiente administración de documentos.

Las líneas que reportaron un bajo cumplimiento fueron: la política de gestión documental con un 54.86%, Calidad del Componente documental con un 53.70%, Calidad del Componente tecnológico con un 47.49% y Calidad del Componente cultural con un 49.79%, lo anterior dado que la entidad no tiene la capacidad tecnológica y de recurso humano con conocimiento y dedicación exclusiva a estos procesos, que permitan avances y continuidad para lograr el mejoramiento.

2.6 DIMENSIÓN GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Esta dimensión del MIPG, propicia el desarrollo de acciones para compartir el conocimiento entre los servidores públicos, con el objetivo de garantizar su apropiación y aprovechamiento, así mismo, promueve la construcción de una cultura de análisis y retroalimentación para el mejoramiento continuo, la entidad para desarrollar esta dimensión establece que esta dimensión se fundamenta en el empoderamiento del equipo, de los funcionarios con la entidad, por ello dentro de los planes de capacitación se integra los programas de inducción y reinducción y se tiene proyectado trabajar en las siguientes actividades:

- Consolidar un grupo de estudio, donde se generen análisis y de retroalimentación de un tema específico, que ayuden a resolver problemas de forma rápida.
- Promover la cultura de la difusión y la comunicación del conocimiento en los servidores y entidades públicas.
- Propiciar la implementación de mecanismos e instrumentos para la captura de la memoria institucional y la difusión de buenas prácticas y lecciones aprendidas.
- Generar acceso efectivo a la información de la Lotería, con ayuda de la tecnología.

Resultado FURAG II – Dimensión Gestión del conocimiento: Se obtuvo una calificación del 55.23% lo que permite establecer que la entidad, debe trabajar en el fomento de la cultura del conocimiento al interior de la organización, de tal forma que se fortalezca las aptitudes del personal y se permitan generar y facilitar procesos de innovación.

2.7 DIMENSIÓN CONTROL INTERNO

Para el periodo marzo - junio de 2019 el proceso de gestión de control y evaluación ha dado cumplimiento a su plan de acción, el cual contempla la asesoría para emprender controles que contribuyen a mitigar los Riesgos hasta niveles aceptables, realizar seguimientos, presentación de informes de Ley, desarrollar el plan de auditoría y presentar avances al Comité de control interno de las auditorías, Brindar asesorías en el proceso de actualización de la Política de Gestión del Riesgo y Mapas de Riesgos de la entidad.

Así mismo, como respaldo administrativo para el cumplimiento de los roles de la oficina de control interno, se cuenta con:

- La caracterización del proceso de gestión de evaluación y seguimiento, documentado.
- En cada vigencia se formula el plan de acción de la oficina de control interno con su correspondiente plan de auditorías al cual se le da cumplimiento y se presentan avances al Comité institucional de coordinación de control interno.
- Se da aplicación al estatuto de auditoría interna y el código de ética del auditor.

Resultado FURAG II – Dimensión Control interno: Se obtuvo una calificación del 60.47% lo que permite evidenciar que la entidad cuenta con los elementos para realizar una gestión eficiente, aunque se requiere de su fortalecimiento siempre en pro de alcanzar e identificar los niveles de autoridad y responsabilidad definidos a través de las líneas de defensa, orientados a la prevención, control y gestión del riesgo para el cumplimiento de los objetivos institucionales y lograr la mejora continua.

3. ACTIVIDADES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

3.1 SEGUIMIENTO PQRS

Durante el periodo rendido se efectuó seguimiento permanente a las PQRS Y a junio 30 de 2019 se emitió el informe semestral el cual detalla lo siguiente:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 76 de la Ley 1474 de 2011, reglamentado por el Decreto Nacional 2641 de 2012, la Oficina de Control Interno presenta el informe semestral de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias (PQRS) correspondiente al periodo comprendido entre 01 de enero al 30 de junio de 2019.

El presente informe busca mediante herramientas visuales como tablas y gráficos, brindar información detallada sobre las PQRS recibidas por la Entidad, así como el cumplimiento en la oportunidad de las respuestas.

La información (base de datos de PQRS) fue suministrada por el area de gestión jurídica, quien tiene a su cargo la recepción y direccionamiento de las peticiones a las diferentes areas

Es importante que cada lider de area, evalúe los resultados generados en el presente informe e implementen las medidas necesarias y efectivas que permitan que la atención en la respuesta de las PQRS se efectúe de acuerdo con las normas legales vigentes y nuestro sistema de gestión de calidad, garantizando la eficiencia, eficacia y efectividad.

OBJETIVO GENERAL

Presentar la gestión de las PQRS, que ingresarán a la entidad y presentar sus respectivo analisis y recomendaciones.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Presentar la información sobre la gestión de PQRS de todas las áreas a la gerencia.
- Realizar un análisis general de la gestión de PQRS, identificando oportunidades de mejora.
- Presentar avances comparados con la vigencia anterior, para evidenciar Mejora en la gestion de este proceso.
- Contribuir con información para la toma de decisiones para la mejora en la gestión de las PQRS y respuesta al ciudadano en general.

ALCANCE

La oficina de gestion juridica, es el area encargada del proceso de control de las PQRS; pero es responsabilidad de cada funcionario designado, dar respuesta idonea y dentro de los terminos de Ley; aclarando además que aunado al termino de ley, debe cumplirse con los terminos del Sistema de gestión de calidad que la entidad tiene adoptado.

NORMATIVA

☐ **Artículo 23 de la Constitución Política de Colombia de 1991**, toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución. El legislador podrá reglamentar su ejercicio ante organizaciones privadas para garantizar los derechos fundamentales.

☐ **Artículo 74 de la Constitución Política de Colombia de 1991**, todas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que establezca la ley. El secreto profesional es inviolable.

☐ **Ley 87 de noviembre 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 1437 de enero de 2011**, por la cual se expide el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

- **Ley 1474 de 12 de julio 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.

- ✓ **Circular externa número 001 de 20 de octubre de 2011** expedida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del Orden Nacional y Territorial.

- ✓ **Decreto 19 de enero de 2012**, por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

- ✓ **Ley 1712 del 6 de marzo 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.

- ✓ **Ley 1755 del 30 de junio de 2015**, por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental de Petición y se sustituye un título del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo.

- ✓ **Decreto 1166 del 19 de julio de 2016**, por el cual se adiciona el capítulo 12 al Título 3 de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 1069 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, relacionado con la presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente.

- ✓ **Resolución No 064 de junio 30 de 2016**, por medio la cual de reglamenta el procedimiento para la atención de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias en la lotería del Quindío.

PROCEDIMIENTO

1 SE INGRESA AL PROGRAMA DE VENTANILLA UNICA DE CORRESPONDENCIA"MI CORRESPONDENCIA" LAS SOLICITUDES QUE SE ALLEGAN ALA ENTIDAD POR CUALQUIER MEDIO Y SE ASIGNA RADICADO.

2 SE IDENTIFICAN LAS COMUNICACIONES CLASIFICADAS COMO PQRS, POR PARTE DE GESTIÓN JURIDICA, SE ESTABLECEN LOS TERMINOS DE CALIDAD Y DE LEY Y SE DIRECCIONAN A TRAVES DEL SISTEMA AL AREA COMPETENTE PARA DAR RESPUESTA

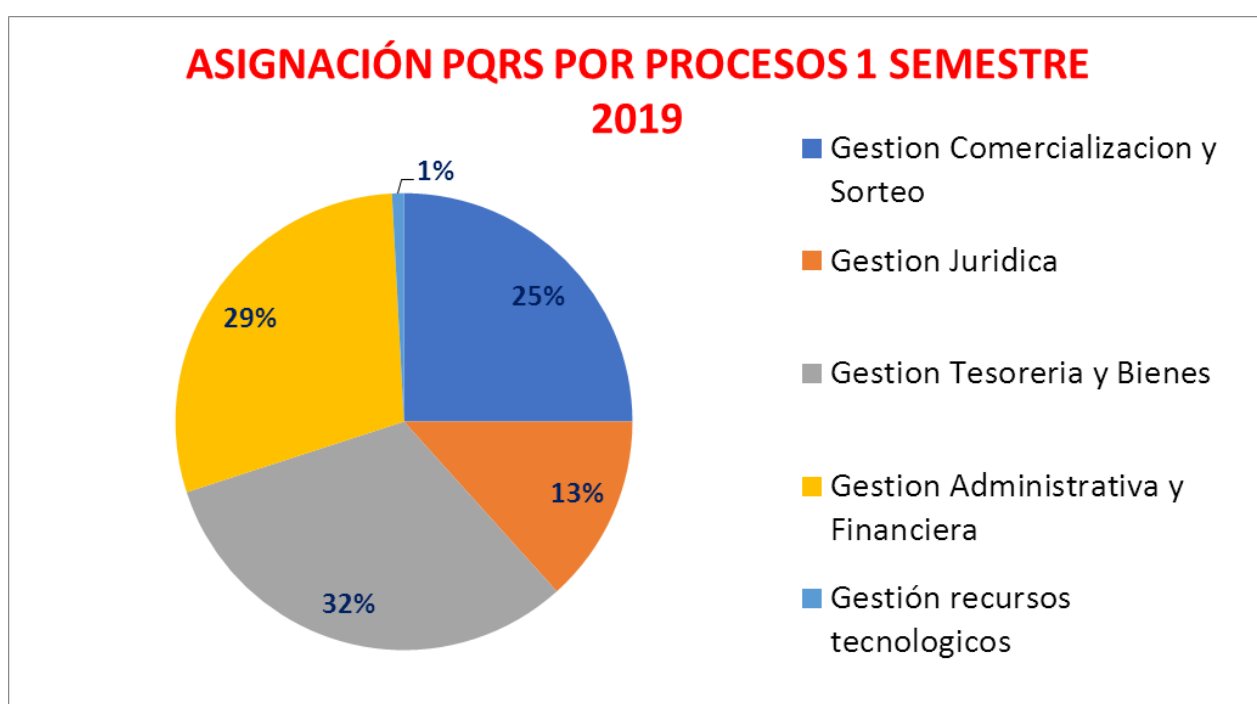
3 SE INGRESAN AL CUADRO DE CONTROL DE PQRS EL CUAL ES ADMINISTRADO POR GESTIÓN JURIDICA Y SE ENCUENTRA EN LA RED PARA CONSULTA DE TODO EL PERSONAL.



4 UNA VEZ SE DA RESPUESTA SE LLEVA A LA VENTANILLA PARA LA ASIGNACIÓN DE RADICADO DE SALIDA Y SE REPORTA LA RESPUESTA A GESTIÓN JURIDICA PARA LLEVARLA AL CUADRO DE CONTROL Y SE LE DA CIERRE EN EL PROGRAMA "MI CORRESPONDENCIA"

INFORME GENERAL DE LAS PQRS PRIMER SEMESTRE 2019

Durante el primer semestre del año 2019, se radicaron 120 PQRS.



Se evidencia que la mayor concentración de PQRS en este periodo, se reportó en el proceso de gestión de tesorería y bienes; el cual reporta el 32% del 100% de la población analizada; lo anterior obedeció a una concentración de solicitudes de saldos, paz y salvos y aclaraciones de saldos, cabe resaltar que este proceso cumplió a cabalidad con los términos tanto de calidad como de Ley.

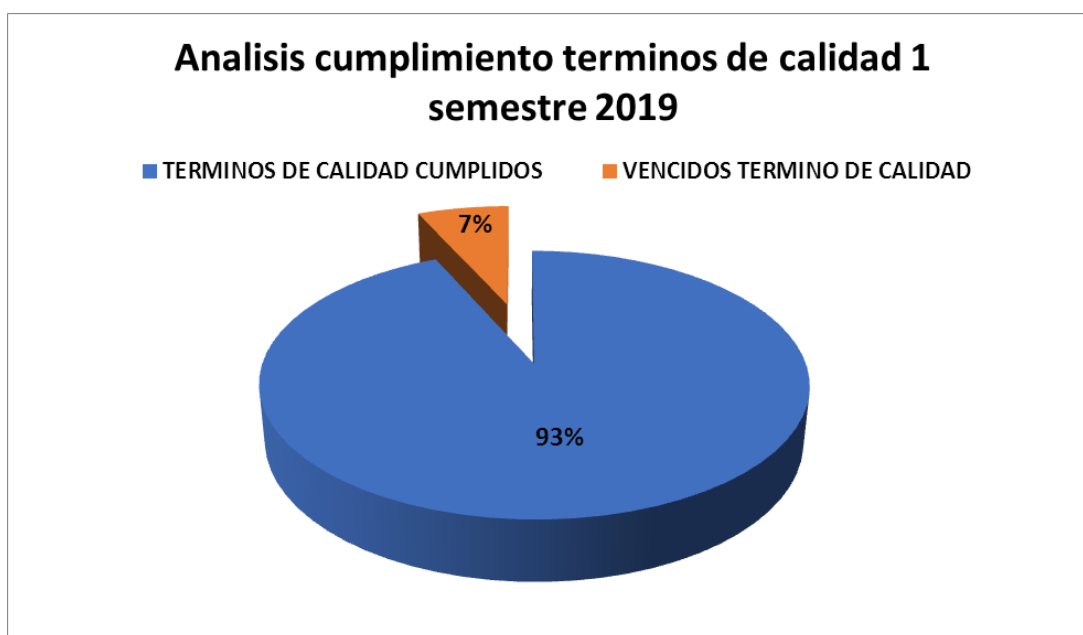
El proceso de gestión administrativa y financiera reporta el 29% de las PQRS que ingresaron a la entidad en el primer semestre del año 2019, porcentaje que representa 35 PQRS; de las cuales 6 no fueron contestadas dentro de los términos de calidad; por lo que se podría interpretar como 1 PQRS vencida por mes; por lo anterior, se requiere por parte de este proceso de mayor

compromiso con el sistema de gestión de calidad, máxime cuando esta lidera este proceso.

El proceso de comercialización y sorteo reporta el 25% de las PQRS radicadas en la entidad, que corresponde a 30 PQRS asignadas a ésta área, de las cuales 2 no cumplieron con los términos de calidad.

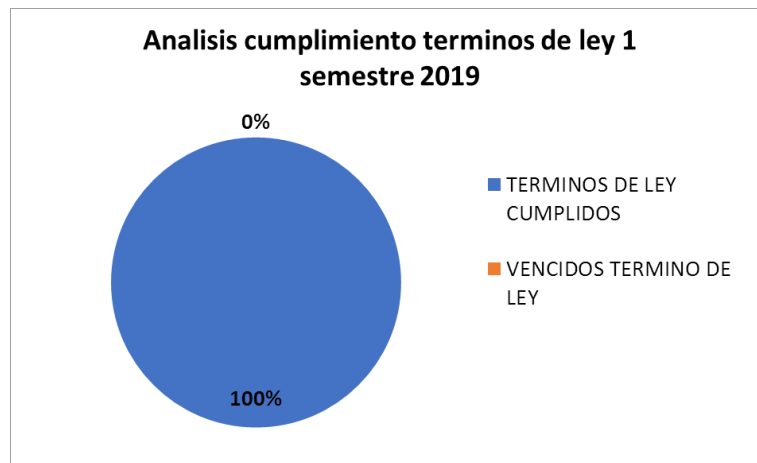
CUMPLIMIENTO RESPUESTA PQRS EN TERMINOS DE CALIDAD

TOTAL PQRS RADICADAS	TERMINOS DE CALIDAD CUMPLIDOS	VENCIDOS TERMINOS CALIDAD
120	112	8



CUMPLIMIENTO RESPUESTA PQRS EN TERMINOS DE LEY.

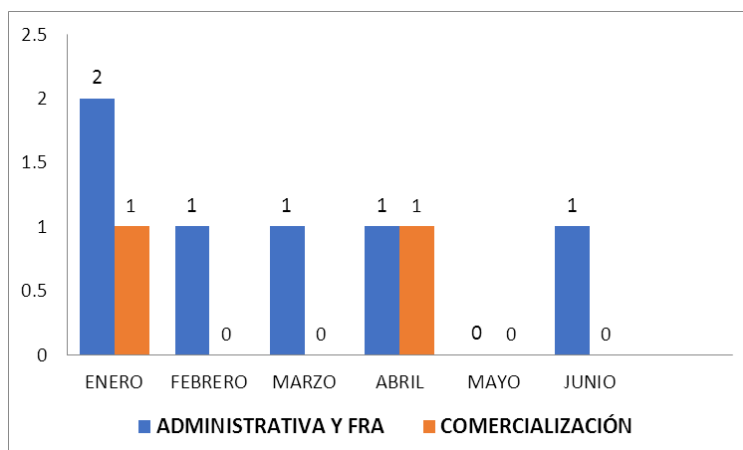
TOTAL PQRS RADICADAS	TERMINOS DE LEY CUMPLIDOS	VENCIDOS EN TERMINOS DE LEY
120	120	0



ANÁLISIS DE CUMPLIMIENTO DE TÉRMINOS POR ÁREA

PROCESO	1 SEMESTRE 2019		
	PQRS IMPETRADAS	PQRS NO RESUELTAS A TIEMPO-CALIDAD	PQRS NO RESUELTAS A TIEMPO-TERMINOS DE LEY
Gestion Gerencial	0	0	0
Gestion Comercializacion y Sorteo	30	2	0
Gestion Recursos Tecnologicos	1	0	0
Gestion Juridica	16	0	0
Gestion Tesoria y Bienes	38	0	0
Gestion Administrativa y Financiera	35	6	0
Gestion de la Calidad	0	0	0
Gestion Control y Evaluacion	0	0	0
TOTAL	120	8	0

VENCIMIENTOS REPORTADOS MES A MES



Observaciones generales del seguimiento:

- En el radicado de salida E493, se reporta una respuesta efectiva el día 28/05/2019 vía correo electrónico y el radicado se asignó al día siguiente.
- Los radicados R576, R577 fueron recibidos en la entidad el 30/05/2019 y los radicados registrados son del 31/05/2019, aunque esta situaciones pueden suceder, debe revisarse la fecha real de recepción en la entidad, antes de definir los términos de calidad y de Ley.
- El Radicado de salida E577, se asignó al día siguiente de la respuesta efectiva.
- El radicado R646, reporta una fecha de recepción de 2 días después de la fecha en que efectivamente llegó a la entidad y no fueron tenidos en cuenta al momento de establecer los términos de calidad y de Ley, lo que generó vencimiento en el término de calidad.
- Se continúa presentando el uso del corrector en algunas comunicaciones.

CONCLUSIONES

Comparada la información con el primer semestre del año anterior, la entidad muestra un mejoramiento en el manejo de las PQRS, lo que denota esfuerzo de parte de algunos procesos y otros aun requieren de mayor compromiso.

Para resaltar se disminuyó de manera considerable la práctica reiterada de solicitud de prórrogas.

En cuanto a cumplimiento de términos, se identificó lo siguiente:

En lo que respecta a los términos de Ley, se pasó de 6 a 0 PQRS resueltas por fuera de términos; es decir se cumplió al 100%.

De otra parte, pese a que la cifra de los términos de calidad también disminuyó, pasando de 20 a 8 PQRS, se siguen detectando incumplimientos en los términos, lo que indica que las acciones de mejora aplicadas no han sido eficaces y otras que fueron planteadas en el plan de mejoramiento, no han sido realizadas como lo es el proceso disciplinario interno. Por lo anterior, se solicita de manera respetuosa se tomen las medidas preventivas y correctivas necesarias, a fin de cumplir los términos establecidos por el sistema de gestión de calidad, así como los definidos en los artículos 9 y 10 de la resolución 64 de

junio 30 de 2016, "Por la cual se reglamenta el procedimiento para la atención de peticiones, quejas reclamos y sugerencias en la Lotería del Quindío.

RECOMENDACIONES:

- ✓ Dar cumplimiento estricto a los tiempos de respuesta establecidos para las PQRS tanto en los terminos de ley como los de nuestro Sistema de gestion de calidad.
- ✓ Retroalimentar las buenas prácticas que hayan generado optimos resultados en la gestión de las PQRS, para que se puedan tomar de referencia y aplicar por las demás dependencias, con el fin establecer / ajustar los controles que permitan el aumento en el nivel de cumplimiento.
- ✓ En lo posible, tratar de dar respuesta en los terminos inicialmente dados al peticionario.
- ✓ Continuar fortaleciendo la cultura del autocontrol en funcionarios y contratistas, a través de capacitaciones en temas relacionados con: trámite de las peticiones, tiempos de respuesta, quejas, sugerencias y reclamos, riesgos, responsabilidades y procedimientos internos aplicables.
- ✓ Analizar el objeto de la solicitud, para determinar si es posible resolverse de manera inmediata.
- ✓ Tener presente que la fecha de radicación de una solicitud, es el mismo día en que se allegue a la entidad, siempre que sea en horas laborales; por lo que como rutina o practica diaria, deberiamos consultar el correo antes de iniciar labores.
- ✓ Debe contarse con la evidencia fisica o en medio magnetico, de la fecha en que el peticionario recibió la respuesta por parte de la entidad.
- ✓ Se recomienda que cuando sea entregado el documento de manera personal se solicite al peticionario que coloque la fecha de recepción, Así mismo cuando se conteste vía electronica, en el asunto se identifique a que número de radicado se le esta dando respuesta.
- ✓ Recordar que la entidad cuenta con el documento denominado **"PROCEDIMIENTO PARA LA CREACIÓN Y CONTROL DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA"** identificado con código: C-SST-P-01 Versión: 05, el cual establece que uno de los controles para garantizar la legibilidad de los documentos es que los registros que se diligencian a manoalzada deben ser en tinta color negro, no se permite el uso del corrector,

tachones, enmendaduras, por lo anterior se recomienda el no uso del corrector en el manejo de la gestión de correspondencia.

- ✓ Dar a conocer los resultados del presente informe, a los líderes de los procesos; con el fin de diseñar estrategias o acciones que permitan el mejoramiento de este proceso.

3.2 SEGUIMIENTO PLANES DE MEJORAMIENTO

a la fecha La oficina de Control Interno ha suministrado las herramientas (formatos, procedimientos), para realizar el plan de mejoramiento por procesos, esta herramienta proporciona acciones de mejora para llevar a cabo la realización de los procesos de manera clara y enfocada al funcionamiento eficiente de la entidad y al mejoramiento continuo.

El detalle del seguimiento se encuentra consignado en el formato GC-P-02-R-01

3.3 SEGUIMIENTO PLAN ESTRATEGICO INSTITUCIONAL 2019. Se realiza seguimiento mensual a cada meta y se evalúa los avances totales del plan, seguimiento realizado en el formato identificado con código GG-D-21.

3.4 SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS: La oficina de control interno realizó seguimiento al mapa de riesgos institucional donde se encuentran incluidos los riesgos de corrupción con corte a abril 30 de 2019.

3.5 SEGUIMIENTO CUADRO DE MANDO INDICADORES:

Se realizó seguimiento mensual y fueron comunicadas las observaciones y consignados los resultados en cartelera de control visual.

3.6 SEGUIMIENTO MATRIZ DE GOBIERNO DIGITAL:

Se realiza de manera trimestral y se trasladan las observaciones a los procesos que requieran, así mismo son publicadas en cartelera de control visual.

4 INFORMES DE LEY

Durante el periodo rendido la oficina de control interno dio cumplimiento a los siguientes informes de Ley:

- Informe pormenorizado de control interno noviembre 2018-febrero 2019.
- Reporte FURAG II
- Informe sobre derechos de autor
- Seguimiento plan anticorrupción 1 cuatrimestre.
- Informe semestral PQRS.

5. AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO

En cumplimiento al plan de auditorías, durante el periodo rendido se inició y termino proceso de auditoría al proceso de gestión jurídica, específicamente a la contratación de bienes y servicios y la gestión de cobro jurídico que desde allí se adelanta, se está pendiente de la notificación del informe preliminar, los resultados definitivos serán relacionados en el próximo informe.

Original Firmado

ADRIANA LUCIA CARDONA VALENCIA

Jefe oficina de control interno

Julio 12 de 2019.