



INFORME DE AUDITORÍA INTERNA AL PROCESO MEJORA CONTINUA

INFORME DE AUDITORÍA	Auditoría al proceso Mejora Continua
Líder del proceso	Oliver Quintero Perdomo Coordinador GIT de Planeación
Elaborado por:	Rosa María Buitrago Barón Profesional Especializado de Control Interno
Revisado y Aprobado por:	Bertha Sofía Ortiz Gutiérrez Asesora de Control Interno
Fecha del Informe:	2022/11/30

TABLA DE CONTENIDO

1. OBJETIVO.....	3
2. ALCANCE.....	3
3. METODOLOGÍA UTILIZADA	3
4. ASPECTOS RELEVANTES DE LA AUDITORÍA	3
4.1. Criterios de Auditoría	3
5. FORTALEZAS Y DEBILIDADES	4
5.1. Fortalezas.....	4
5.2. Debilidades.....	5
6. RESULTADOS DE AUDITORÍA	5
6.1. Oportunidades de Mejora	5
7. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS ANTERIORES.....	8
8. SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DEL PROCESO.....	8
9. RECOMENDACIONES.....	9
10. CONCLUSIÓN	10
Anexo 1. Inconsistencias de la documentación del Proceso Mejora Continua en SIGUEME	11
Anexo 2. Inconsistencias reporte usuarios activos del SIGUEME.....	13
Anexo 3. Evaluación eficiencia de los controles.....	14

1. OBJETIVO

Verificar la implementación y efectividad de los mecanismos de control interno establecidos por el proceso para el mejoramiento continuo y gestión del cambio de los procesos que permitan el logro de resultados a través de la conformidad de productos y servicios.

2. ALCANCE

El ejercicio de auditoria corresponde a la gestión adelantada por el Grupo Interno de Trabajo de Planeación durante la vigencia 2021 y hasta el 31 de octubre de 2022.

3. METODOLOGÍA UTILIZADA

En el Programa Anual de Auditoria Interna de la vigencia 2022, se programó para el mes de noviembre realizar auditoria al proceso de Mejora Continua, para lo cual se realizó reunión de apertura para el 2 de noviembre y se dio inicio a la fase de planificación y análisis de la información, que permitió priorizar aspectos críticos a evaluar a través de la aplicación de la lista de verificación en una (1) reunión de trabajo con los profesionales del área, actividades en las que se identificaron fortalezas y debilidades del proceso, se formularon las observaciones y hallazgos que se deberán subsanar en función del logro de los objetivos institucionales y el mejoramiento de la gestión del proceso.

Con el fin de establecer un grado de madurez promedio de los procesos, se aplicó una calificación definida dentro de un rango, de acuerdo con el número de Observaciones y Hallazgos, tal como se expresa en la siguiente Tabla:

Grado de Madurez	Calificación	Hallazgos	Observaciones
Alto	Mayor a 4.5	0-1	1-2
Medio	Entre 3.5 – 4.5	2-3	3-5
Bajo	Menor 3.5	4 ó más	6 ó más

Tabla 1. Cálculo del Grado de Madurez Promedio del Procedimiento Auditado.

4. ASPECTOS RELEVANTES DE LA AUDITORÍA

El proceso de Mejora Continua es liderado por el Coordinador del Grupo Interno de Trabajo de Planeación, quien cuenta con un grupo, conformado por un (1) profesional especializado y un (1) contratista profesional que apoyo el proceso hasta el 18 de septiembre de 2022.

4.1. Criterios de Auditoría

- **Ley 87 de 1993.** Por medio de la cual se establecen normas para el ejercicio del Control Interno en las entidades y organismos del Estado.
- **Ley 1474 de 2011.** Estatuto Anticorrupción.
- **Decreto 1258 de 2013.** Por el cual se modifica la estructura de la Unidad de Planeación Minero Energética - UPME.
- **Decreto 1259 de 2013.** Por el cual se modifica la planta de personal de la Unidad de Planeación Minero Energética - UPME y se dictan otras disposiciones.
- **Ley 1712 de 2014.** Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública.
- **Decreto 1073 de 2015.** Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Administrativo de Minas y Energía.

- **Decreto 1499 de 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.
- **Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG. V4. marzo 2021.** Dimensión Gestión con valores para resultados - Política Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos y Dimensión Evaluación de Resultados - Política Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.
- **Resolución 277 de 2020.** Por medio de la cual se crea el Comité Institucional de Gestión y Desempeño de la UPME, se adopta el Sistema de Gestión bajo el MIPG.
- **Resolución 290 de 2021.** Por la cual se adiciona la Política de compras públicas y contratación en el MIPG de y se dictan otras disposiciones.
- **Resolución 367 de 2021.** Por la cual se modifican funciones y se integran los Grupos Internos de Trabajo de la UPME, Art. 1º, numeral 1.1 GIT de Planeación.
- **Procedimiento control de documentos.** P-MC-01. V 1 (31/05/2021) y V2 (19/09/2022).
- **Procedimiento formulación, reporte, seguimiento y evaluación de indicadores de gestión** P-MC-02. V 1(09/08/2022) y V2 (19/09/2022).
- **Procedimiento acciones preventivas, correctivas y de mejora.** P-MC-03. V 1 del 19/09/2022.
- **Manual elaboración de documentos.** MA-MC-01. V 1 del 19/09/2022.
- **Manual Módulo de Administración - SIGUEME.** Disponible en el sistema SIGUEME.
- **Instructivo flujo documental solicitud documentos** SIGUEME. I-MC-03. V2 del 28/06/2022.
- **Plan de Acción GIT de Planeación.** Vigencias 2021 y 2022.
- **Tabla de Retención Documental del proceso** - vigente.
- **Mapa de Riesgos proceso Mejora Continua.**
- **Caracterización proceso Mejora Continua.** C-MC-01. V1(05/11/2020) y V2 (21/06/2022)
- Demás normatividad aplicable.

5. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

Para la auditoria se tuvieron en cuenta los contratos de prestación de servicios que se suscribieron, durante las vigencias 2021 y lo corrido de la vigencia 2022, como apoyo del proceso de mejora continua, relacionados a continuación:

Ítem	Contrato / orden	Contratista
1	C-019-2021	Nancy Patricia Gómez Martínez
2	C-080-2021	Nancy Patricia Gómez Martínez
3	C-044-2022	Nancy Patricia Gómez Martínez
4	C-080-2022	ITS Soluciones Estratégicas SAS

5.1. Fortalezas

- Documentación e implementación de los procedimientos para la formulación y seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora; así como para la elaboración y el control de la documentación del Sistema Integrado de Gestión, con sus respectivas plantillas.
- Implementación del módulo de mejora en el Sistema SIGUEME para la formulación y seguimiento a las acciones correctivas, preventivas y de mejora.

5.2. Debilidades

- En la documentación del proceso disponible en el Sistema Integrado de Gestión – SIGUEME, conforme a su objetivo, alcance y actividades claves.
- En la escala de valoración y documentación de controles de los riesgos del proceso.

6. RESULTADOS DE AUDITORÍA

6.1. Oportunidades de Mejora

6.1.1. Pese a que el objetivo y actividades claves del proceso de Mejora Continua contemplan la gestión del cambio y la conformidad de los productos y servicios de la UPME, el Procedimiento de Gestión del Cambio (P-DE-13. V1), Formato Planificación de Cambios (F-DE-06, V1) y Formato Caracterización de productos y/o servicios (F-DE-07. V1), se encuentran documentados en el proceso de Direccionamiento Estratégico; a su vez la caracterización del proceso de Direccionamiento Estratégico no contempla la planificación de cambios dentro de sus actividades claves.

El objetivo y actividades del planear (P) en la caracterización del proceso de Mejora Continua, contemplan la estructuración de lineamientos para la gestión del cambio, indicando como salida el Procedimiento de Gestión del Cambio; no obstante, los lineamientos y planificación de la gestión del cambio son dados por el proceso de Direccionamiento Estratégico y deberían ser un insumo para que desde el proceso de Mejora Continua se formulen, registren e implementen acciones correctivas, preventivas y de mejora, con base en dicha planificación del cambio.

Adicionalmente, se identificaron otras inconsistencias en la documentación del proceso de Mejora Continua, vigente y disponible en el Sistema Integrado de Gestión – SIGUEME; las cuales se relacionan en el **Anexo 1. Inconsistencias de la documentación del Proceso Mejora Continua en SIGUEME**, situación que denota debilidades en los controles internos establecidos para garantizar la calidad, disponibilidad y coherencia de la documentación que soporta el objetivo y actividades claves del proceso.

Lo anterior, teniendo en cuenta que el Manual de Elaboración de Documentos (MA-MC-01. V1) indica que “(...) es de vital importancia que la información que se consigna en la caracterización de procesos y que se recopila a lo largo de la gestión por procesos, sea clara, entendible y coherente para que cualquier persona relacionada o no con el proceso que se busca describir tenga la capacidad de entender lo que allí se realiza”¹ y la política de Fortalecimiento Institucional y Simplificación de Procesos del MIPG establece que para que una entidad trabaje por procesos, debe: *Definir el objetivo de cada uno de los procesos y la secuencia de cada una de las diferentes actividades del proceso, desagregándolo en procedimientos o tareas”.*

6.1.2. Se evidenciaron debilidades en el seguimiento realizado por parte del GIT de Planeación a los planes de mejoramiento, por cuanto, si bien, a través del SIGUEME les

¹ Introducción
pág. 5

recordó y solicitó a los procesos, realizar el reporte de los avances de las acciones del plan de mejoramiento, en el marco de la auditoria de seguimiento que adelantó Control Interno durante el mes de noviembre, se encuentra pendiente el registro del seguimiento a dichos avances, en cumplimiento con lo establecido en el procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora (P-MC-03.V2), numeral 5.1.2 *“La segunda línea de defensa realizará seguimientos a los planes de mejoramiento del SGI en el módulo de mejora del SIGUEME, a partir del sexto (6) día hábil de cada mes, con corte al último día hábil del periodo anterior (...) el seguimiento se realiza teniendo en cuenta los siguientes criterios: Avance en la ejecución, oportunidad y calidad de la información”*.

6.1.3. De una muestra aleatoria de quince (15) documentos formalizados y adoptados en el SIGUEME desde el 19/09/2022, se evidenció el documento *“RESOLUCIÓN No 000387 de 2020 DELEGACIÓN REPRESENTACIÓN JUDICIAL. P-GJ-008 del 23/09/2022”*, del proceso Gestión Jurídica, el cual se encuentra formalizado como un procedimiento; Situación que denota debilidades en los controles establecidos por el GIT de Planeación para realizar la codificación de los documentos en el Sistema Integrado de Gestión, conforme a los lineamientos definidos en el Manual Elaboración de Documentos (MA-MC-01. V1), numeral 5.2.3 *“Procedimiento. Documento que describe la forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso de forma clara e inconfundible. Describe el paso a paso de actividades o acciones (con puntos de inicio y fin definidos) que deben seguirse en un orden establecido para realizar correctamente una tarea y señala los responsables, registros y puntos de control”* y en el Procedimiento control de documentos (P-MC-01. V2), numeral 5. Políticas de operación, ítem 4 *“No pueden existir procedimientos sin puntos de control. Los puntos se identifican sobre actividades puntuales que permiten identificar actividades críticas para el cumplimiento del objetivo del procedimiento o proceso”*, numeral 6, actividad 5 *“Revisar que el documento cumpla con los requisitos (en cuanto a su contenido técnico, legal y su adecuación) de acuerdo con el Manual de Documentos - Código: M-MC01 y las plantillas preestablecidas”*.

6.1.4. En el Contrato 080 de 2022², suscrito con ITS Soluciones Estratégicas, en la cláusula SEGUNDA, Obligaciones del Contratista se estableció la obligación de *“Realizar mensualmente una visita técnica a las instalaciones de UPME”*, revisado el expediente³ contractual se evidenció que en cinco⁴ de los seis informes presentados por el contratista y aprobados por el supervisor, se indica que, *“Durante el periodo objeto del presente informe no se han podido realizar visitas de manera presencial dado que se han venido atendiendo requerimientos de manera virtual urgentes y necesarios para el buen funcionamiento de la plataforma; sin embargo, se está elaborando un cronograma de visitas el cual se empezará a implementar a partir del mes de julio (cumplido)”*; y en el informe seis⁵ se indica *“Durante el periodo objeto del presente informe no se han podido realizar visitas de manera presencial dado que se han venido atendiendo requerimientos de manera virtual urgentes y necesarios para el buen funcionamiento de la plataforma (cumplido)”* no obstante, a la fecha no se

² Prestar el servicio de soporte técnico y funcional para el software ITS-gestión, todo de conformidad con lo señalado en los estudios previos y propuesta.

³ 2022114140100080E

⁴ 1°- 20221110112362, 2°- 20221110112372, 3°- 20221110112382, 4°- 20221110167032 y 20221110189892, 5°- 20221110167032 y 20221110189902

⁵ 6°- 20221110167032 y 20221110189912- del 08/08/2022 al 07/09/2022

evidencian soportes del cumplimiento de las visitas pactadas en el contrato; situación que denota debilidades en los controles implementados por el supervisor para garantizar el cumplimiento de dicha obligación.

6.1.5. En el reporte de usuarios del Sistema SIGUEME⁶, se evidenciaron quince (15) usuarios activos, que no hacen parte de la planta de personal vigente de la UPME y dos (2) usuarios que presentan denominación errada del cargo; situación que denota debilidades en los controles implementados por el administrador del SIGUEME, con el fin de contar con la información actualizada de los usuarios de dicho sistema, tal como lo establece el Procedimiento Control de Documentos (P-MC-01. V2), numeral 5. Lineamientos o Políticas de Operación, ítem 14 *“El GIT de Planeación (Segunda Línea de Defensa) deberá: (...) Administrar el Sistema de Gestión Único Estratégico de Mejoramiento – SGIUEME”* y Manual Módulo Administración – SIGUEME, numeral 3.1.6.2. *“Activar / Inactivar Usuarios. Si se selecciona la opción activar, el usuario podrá participar en la ejecución de los procesos de uso del sistema; por otro lado, si selecciona estado Inactivo no podrá participar en la ejecución de los procesos de la entidad”*. Los usuarios en mención se relacionan en el **Anexo 2. Inconsistencias reporte usuarios activos del SIGUEME.**

6.1.6. Se evidenció que el tipo documental *“Mapa de proceso”*⁷, identificado en el segundo⁸ nivel de la estructura documental del Sistema Integrado de la UPME, no se encuentra controlado dentro del Sistema y no existen lineamientos internos para efectuar dicho control; adicionalmente no se cuenta con una base de datos, dentro de los servidores de la UPME, en la que reposen los documentos históricos de las versiones anteriores de dicho mapa de procesos, previas a la implementación del SIGUEMEII⁹, en su lugar se cuenta con una carpeta compartida en Drive¹⁰, con algunos documentos; situación que denota debilidades en el control y salvaguarda de la documentación histórica del Sistema Integrado de Gestión de la UPME y pone en riesgo la gestión del conocimiento de la entidad, necesaria para el personal nuevo que se vincule y ante posibles o eventuales investigaciones que se adelanten sobre la gestión.

Lo anterior, teniendo en cuenta los lineamientos establecidos en el Procedimiento Control de Documentos (P-MC-01. V2), Numeral 5, ítem 9 *“Los documentos eliminados con vigencia anterior al cargue de la información en el SIGUEME, reposarán en una base de datos administrada por el GIT de Planeación. Estos documentos en caso de ser requeridos deberán ser solicitados al Coordinador del GIT de Planeación, a través de correo electrónico”*.

6.1.7. Se evidenció que por parte del GIT de Planeación se ha realizado acompañamiento y seguimiento trimestral a la formulación y seguimiento de los indicadores de gestión de los procesos, no obstante, no se cuenta con evidencia de la presentación de sus resultados en

⁶ Generado del SIGUEME el 24/11/2022 desde el Rol de Administrador

⁷ Es la representación gráfica de los procesos que se han identificado en la UPME

⁸ Los documentos para cumplir las políticas de la UPME y especifican las características de los procesos y sus principales rasgos diferenciadores, así como la forma de hacer las cosas.

⁹ Sistema de Gestión Único Estratégico de Mejoramiento, herramienta informática software que permite la administración, seguimiento y control de la documentación de la entidad.

¹⁰ https://drive.google.com/drive/folders/1NdbHnGjxwtXdCf_OeCEXCWiSSnzbTPun

el Comité de Gestión y Desempeño; situación que denota debilidades en los controles establecidos en el Procedimiento Formulación, reporte, seguimiento y evaluación de indicadores de gestión P-MC-02, Versión 1, política de operación 7 “*El Git (sic) de Planeación presentará trimestralmente informe consolidado de la medición de los indicadores al Comité Institucional de Gestión y Desempeño*”, actividad 10 “*Presentación informe al comité institucional de gestión y Desempeño semestralmente*” y Versión 2, política de operación j) “*El GIT de Planeación, en su rol de segunda línea de defensa, presentará trimestralmente informe consolidado de la medición de los indicadores al Comité Institucional de Gestión y Desempeño*”, actividad 10 “*Presentar el informe consolidado al comité institucional de gestión y Desempeño trimestralmente CIGD*”.

7. SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO DE AUDITORIAS ANTERIORES

El proceso de Mejora Continua, no cuenta con acciones de mejoramiento vigentes, razón por la cual no fue objeto de seguimiento en la presente auditoria.

8. SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS DEL PROCESO.

En el Mapa de riesgos del proceso de Mejora Continua, se evidenció un (1) riesgo de gestión “*Posibilidad de afectación reputacional por planes de mejoramiento que no contribuyan a la mejora de los procesos o que no eliminen la causa raíz de un hallazgo o situación no deseada debido a la desactualización y apropiación de los lineamientos y herramientas oficiales para su formulación, manejo y seguimiento*” y un (1) riesgo de corrupción “*Posibilidad de que por acción u omisión o en uso de poder se manipule (adicionando o eliminando) información resultante de los ejercicios de medición, seguimiento y control en beneficio propio o de un tercero debido intereses particulares y desviando la gestión de lo público*”.

Se observó que el riesgo de gestión cuenta con un (1) control y el riesgo de corrupción con dos (2) controles, a los cuales se evaluó su eficiencia para reducir la probabilidad y el impacto ante la materialización del riesgo, conforme a los criterios de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, versión 5.0 del DAFP.

Como tercera línea de defensa se realizó el análisis y la evaluación de los controles encontrando que, para el caso del riesgo 1, con su control denominado “*La Oficina de Control Interno realiza seguimiento de las acciones de los planes de mejoramiento formuladas por los procesos, productos de los ejercicios de auditorías realizados por esta dependencia, mediante una matriz no controlada por el sistema de gestión*”, el riesgo se mantuvo en una zona MODERADA, con una probabilidad e impacto residuales en BAJA y MENOR; sin embargo el control se encuentra bajo la responsabilidad de Control Interno, por tanto el control no es efectivo, teniendo en cuenta que la causa raíz del riesgo está vinculada al GIT de Planeación “*Ausencia de lineamientos y directrices su formulación, manejo y seguimiento de los planes de mejoramiento*”.

Por su parte el riesgo 2, con sus controles denominados “*El GIT de planeación realiza seguimiento a la ejecución del plan de acción interno y del plan estratégico institucional, presentando los resultados ante Comité de Gestión y Desempeño*” y “*El GIT de planeación administra y controla los accesos y la información reportada en el módulo del aplicativo SIGUEME*”, el riesgo se mantuvo en

una zona Alta, con una probabilidad e impacto residuales en IMPROBABLE y MAYOR; No obstante se presentan debilidades en la ejecución del control No. 2, por cuanto se identificaron 15 usuarios activos, que corresponden a exfuncionarios de la UPME y 2 usuarios presentan denominación errada del cargo, no siendo eficiente el control.

Adicionalmente, en el riesgo 2, su escala tanto de probabilidad e impacto del riesgo inherente como residual, se encuentran desactualizadas, indicando a la probabilidad como IMPROBABLE (2%) y el impacto MAYOR (10%), lo cual es incoherente con la escala establecida en el Procedimiento Gestión del Riesgo, por lo que se recomienda ajustar la Matriz de Riesgos, conforme a la escala establecida en el numeral 5.3.3, valoración de riesgos del Procedimiento Gestión Integral del Riesgo (P-DE-07 V8 del 15/09/2022)¹¹.

El análisis detallado de los controles se relaciona en el **Anexo 3. Evaluación eficiencia de los controles.**

9. RECOMENDACIONES

1. Ajustar, actualizar; crear y adoptar la documentación que se considere necesaria para el desarrollo del proceso de Mejora Continua, en el Sistema Integrado de Gestión – SIGUEME, teniendo en cuenta las observaciones presentadas en el Anexo 1, garantizando que la misma se encuentre conforme a la normatividad vigente y cumpla con los criterios de calidad establecidos en el Manual Elaboración de Documentos (MA-MC-01. V1). Así mismo, se recomienda implementar y hacer uso de los demás módulos que dispone el Sistema SIGUEME, tales como: Indicadores, Auditorías, Gestión Ambiental, MIPG, SG-SST y proveedores, con el fin de aprovechar la totalidad de los recursos del sistema que contribuyen a la gestión de la entidad.
2. Realizar el registro en SIGUEME del seguimiento a los planes de mejoramiento que realice el responsable de la Segunda Línea de Defensa, conforme a las directrices establecidas en el Procedimiento Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.
3. Fortalecer los controles implementados por el supervisor del Contrato 080 de 2022, suscrito con el proveedor ITS Soluciones Estratégicas, con el fin de garantizar el cumplimiento a la totalidad de las obligaciones contractuales en lo que resta de la vigencia del contrato.
4. Fortalecer los lineamientos y controles implementados, con el fin de garantizar la trazabilidad, identificación y control de los documentos en el Sistema Integrado de Gestión, la actualización permanente de los usuarios activos del SIGUEME y la salvaguarda y custodia del archivo histórico que soporta las diferentes versiones del Mapa de Procesos de la UPME.
5. Presentar al Comité de Gestión y Desempeño, los resultados del seguimiento efectuado a los indicadores de gestión, en la periodicidad establecida en el Procedimiento

¹¹ Probabilidad: Muy Baja (20%); Baja (40%); Media (60%); Alta (80%) y Muy Alta (100%).
Impacto: Leve (20%); Menor (40%); Moderado (60%); Mayor (80%) y Catastrófico (100%)

Formulación, reporte, seguimiento y evaluación de indicadores de gestión, que contribuyan a la toma de decisiones de la Alta Dirección.

6. Revisar y actualizar la Matriz de Riesgos del proceso, teniendo en cuenta las observaciones indicadas en el numeral 8, con relación a la denominación de la escala en la probabilidad e impacto del riesgo de corrupción inherente y residual.

10. CONCLUSIÓN

De acuerdo con el objetivo definido en el plan de auditoría, se verificó la Mejora Continua realizada durante las vigencias 2021 y al 31/10/2022, así como los controles implementados, identificando siete (7) oportunidades de mejora. Lo anterior ubica al proceso en un Grado de Madurez Promedio Bajo, resultados que le permitirán al proceso identificar acciones para fortalecer la gestión.

Fortalezas	Oportunidades de Mejora	Hallazgos	Recomendaciones
2	7	0	6

Bertha Sofía Ortiz Gutiérrez
Asesora de Control Interno

- Anexos: 1. Inconsistencias de la documentación del Proceso Mejora Continua en SIGUEME
2. Inconsistencias reporte usuarios activos del SIGUEME.
3. Evaluación eficiencia de los controles

Rosa María Buitrago Barón. Profesional Especializado de Control Interno

Anexo 1. Inconsistencias de la documentación del Proceso Mejora Continua en SIGUEME

Código	Nombre	Observación
C-MC-01. V2	Caracterización del proceso Mejora Continua	El proceso tiene documentados en el SIGUEME: El procedimiento control de documentos (P-MC-01. V2), Manual de elaboración de documentos (MA-MC-001. V1), Instructivo flujo documental solicitud documentos SIGUEME, plantilla novedades SIGUEME (F-MC-008.V1), Plantilla formato (F-MC-01. V1), Plantilla instructivo (F-MC-03. V1), Plantilla documentos estratégicos - Manual o política institucional (F-MC-04. V1), Plantilla procedimiento (F-MC-05, V1) y Plantilla de caracterización (F-MC-06. V1), Procedimiento formulación, reporte, seguimiento y evaluación de indicadores de gestión (P-MC-02. V2); sin embargo, dichos documentos no guardan relación con el objetivo y actividades claves del proceso.
		La Caracterización del proceso no tiene asociada la dimensión Evaluación de Resultados y su política de seguimiento y evaluación del MIPG, siendo una de las dimensiones claves para la mejora continua.
		En la Caracterización del proceso, el Procedimiento Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora, se encuentra contemplado como un insumo del proceso de Direccionamiento Estratégico y a su vez está identificado como producto del proceso de Mejora Continua.
		En el ciclo Hacer (H) no se identifican los proveedores externos e internos que suministran los insumos necesarios para que desde el proceso de Mejora Continua se formulen, registren e implementen acciones correctivas, preventivas y de mejora; así mismo se implemente la gestión del cambio, con base en los resultados de las diferentes fuentes, como, por ejemplo: <u>Proveedores Externos:</u> DAFP – insumo resultados de las encuestas del FURAG, CGR – insumo Auditorias de Cumplimiento y Actuaciones Especiales; AGN – insumo informes de revisión gestión documental y convalidación de TRD; Secretaría Distrital de Ambiente – Informes de revisión gestión ambiental. PGN y Secretaría de Transparencia – insumo traslados quejas (etc.). <u>Proveedores Internos:</u> Evaluación y Control y Líderes de los Sistemas de SGSST y Seguridad de la Información – insumos Informes de Auditoria Interna. Direccionamiento estratégico – insumos relacionados con expectativas de los grupos de valor, resultados evaluación y seguimiento a la gestión (Plan Estratégico, Plan de Acción, Indicadores de Gestión y de metas de gobierno – SINERGIA, SISCONPES, SUIFP – SPI, Rendición de cuentas, seguimiento Plan Anual de Adquisiciones, Plan Anticorrupción, Mapas de Riesgos, planificación de cambios, etc.) Todos los procesos – insumos debilidades en la información documentada, riesgos materializados, productos y/o servicios no conformes, quejas, etc.
MA-MC-01. V1	Manual Elaboración de Documentos	Numeral 5.3.3. Contenido. Plantilla Procedimiento F-MC-05, en dicha plantilla no se establecen lineamientos para la inclusión de documentos, anexos, normas y términos relacionados con los procedimientos, pese a que el módulo de Calidad /documentos del SIGUEME permite incorporar a este y demás tipos documentales; Es de precisar que la plantilla “Documentos estratégicos - Manual o Política Institucional (F-MC-04. V1), es el único formato que establece dichos lineamientos; sin embargo, no todos los procesos tienen manuales documentados en el SIGUEME, por lo que se hace necesario que se incluyan también en el formato de procedimiento a partir del cual los procesos puedan generar los documentos relacionados y anexos que consideren necesarios, teniendo en cuenta lo establecido en la Guía para la gestión por procesos en el marco del modelo integrado de planeación y gestión (MIPG) del DAFP.V1. Pág. 65 “ <i>Un procedimiento debería considerar</i>

Código	Nombre	Observación				
		<i>los siguientes elementos: Documentos relacionados: se refiere a una lista de documentos como: manuales, procedimientos, políticas, reglamentos, leyes, decretos, etc., internos y externos, que se relacionan directamente con el procedimiento (...) Anexos: se refiere a la información que sirve de soporte al procedimiento”.</i>				
P-MC-01.V2	Procedimiento Control de Documentos	Numeral 4. Glosario se define al Documento obsoleto como “Documento que ha perdido de manera definitiva su vigencia, por no tener aplicabilidad o que ha sido reemplazado por una actualización y que en la herramienta de gestión documental del sistema se identifica como “ <u>anulado</u> ”; no obstante el Listado Maestro de Documentos del SIGUEME, presenta tres (3) tipos de documentos, dentro de los que se encuentran oficializados, <u>obsoletos</u> y <u>anulados</u> ; situación que genera confusión a los usuarios de la información.				
P-MC-03. V1	Procedimiento Acciones Preventivas, Correctivas y de Mejora	En los Numerales 2. Alcance, 5. Lineamientos o políticas de operación, 5.1. Responsabilidades, se menciona a la Oficina de Control Interno; no obstante, la estructura organizacional de la entidad no cuenta con Oficina de Control Interno, en su lugar existe un Asesor con funciones de control interno.				
F-DE-07.V1	Caracterización de productos y/o servicios	Pese a que este formato se encuentra documentado en el proceso de Direccionamiento Estratégico, en su contenido cuenta con la codificación asociada al proceso de Mejora Continua (F-MC-07.V1). <table border="1" data-bbox="521 905 1503 1018" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO</td> <td style="text-align: right;">Código: F-MC-07</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CARACTERIZACIÓN DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS</td> <td style="text-align: right;">Versión: 01</td> </tr> </table>	DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Código: F-MC-07	CARACTERIZACIÓN DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS	Versión: 01
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Código: F-MC-07					
CARACTERIZACIÓN DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS	Versión: 01					
I-MC-01	Instructivo para la creación, modificación y/o anulación de documentos.	Se encuentra asociado al proceso de Direccionamiento Estratégico.				

Anexo 2. Inconsistencias reporte usuarios activos del SIGUEME.

NOMBRE	APELLIDO	LOGIN	PERFILES	CARGO	ESTADO	OBSERVACIÓN
Adriana Milena	Ariza Puentes	AARIZA	*Usuario	SECRETARIO GENERAL 0037-20	Activo	No activo en la Planta
Alejandra	González Guañarita	AGONZALEZ	*Usuario	ASESOR 1020-12	Activo	No activo en la Planta
Álvaro Andrés	Avendaño Peña	AAVENDANO	*Usuario	ASESOR 1020-12	Activo	No activo en la Planta
Carolina	Mora Acosta	CMORA	*Usuario	ASESOR 1020-12	Activo	No activo en la Planta
Fernando	Torres Tocancipá	FTORRES	*Usuario	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028-17	Activo	No activo en la Planta
Guillermo Andrés	Reyes Navarro	GREYES	*Usuario	ASESOR 1020-12	Activo	No activo en la Planta
itssolutions		ITSSOLUTIONS		ASESOR 1020-12	Activo	Contratista. Se aclaró que como operador del sistema le asignan cualquier cargo para realizar pruebas
Javier Alejandro	Pereira Vargas	JPEREIRA	*Usuario	ASESOR 1020-12	Activo	No activo en la Planta
Jeisson Steed	García Macareno	JSGARCIA	*Usuario	ASESOR 1020-12	Activo	No activo en la Planta
Jenny Lorena	Ibarguen Valverde	JIBARGUEN	*Usuario	ASESOR 1020-12	Activo	No activo en la Planta
Juan Carlos	Aponte Gutiérrez	JAPONTE	*Usuario	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028-19	Activo	No activo en la Planta
Luis Gabriel Francisco	Zarrate Polonia	LZARRATE	*Usuario	ASESOR 1020-12	Activo	No activo en la Planta
Margareth	Muñoz Romero	MMUNOZ	*Usuario	ASESOR 1020-16	Activo	No activo en la Planta
Maria Clara	Pardo García	MCPARDO	*Usuario	ASESOR 1020-16	Activo	No activo en la Planta
Maria Paula	Rojas Huepe	mrojas	*Usuario	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2028-15	Activo	No activo en la Planta
Roberto José	Hernández Daza	RDAZA	*Usuario	CONTRATISTA	Activo	Cargo actual Profesional Esp. 17 desde 17/11/2022
Yensy Mayory	Corredor García	YCORREDOR	*Usuario	SECRETARIO EJECUTIVO 4210-22	Activo	No activo en la Planta

Anexo 3. Evaluación eficiencia de los controles

Proceso: Mejora Continua

Objetivo del proceso: Establecer lineamientos y directrices para el mejoramiento continuo y gestión del cambio de los procesos que permitan el logro de resultados a través de la conformidad de productos y servicios

RIESGO	Posibilidad de afectación reputacional por planes de mejoramiento que no contribuyan a la mejora de los procesos o que no eliminen la causa raíz de un hallazgo o situación no deseada debido a la desactualización y apropiación de los lineamientos y herramientas oficiales para su formulación, manejo y seguimiento.	Posibilidad de que por acción u omisión o en uso de poder se manipule (adicionando o eliminando) información resultante de los ejercicios de medición, seguimiento y control en beneficio propio o de un tercero debido intereses particulares y desviando la gestión de lo público.								
CONTROL	La Oficina de Control Interno realiza seguimiento de las acciones de los planes de mejoramiento formuladas por los procesos, productos de los ejercicios de auditorías realizados por esta dependencia, mediante una matriz no controlada por el sistema de gestión	El GIT de planeación realiza seguimiento a la ejecución del plan de acción interno y del plan estratégico institucional, presentando los resultados ante Comité de Gestión y Desempeño.				El GIT de planeación administra y controla los accesos y la información reportada en el módulo del aplicativo SIGUEME.				
Probabilidad	Baja	40%	Improbable	2%	Improbable	2%				
Impacto	Menor	40%	Mayor	10%	Mayor	10%				
Efectividad del control/ Probabilidad Residual	Con el control establecido el riesgo se mantuvo en una zona Moderada, con una probabilidad e impacto residuales en Baja y Menor; sin embargo el control se encuentra bajo la responsabilidad de otro proceso, por tanto el control no es efectivo, teniendo en cuenta que la causa raíz del riesgo está vinculada al GIT de Planeación "Ausencia de lineamientos y directrices su formulación, manejo y seguimiento de los planes de mejoramiento"	34%	Con los controles establecidos el riesgo se mantuvo en una zona Alta, con una probabilidad e impacto residuales en Improbable y Mayor; No obstante, se presentan debilidades en la ejecución del control No. 2, por cuanto se identificaron quince (15) usuarios activos, que corresponden a exfuncionarios de la UPME y dos (2) usuarios que presentan denominación del cargo errada, no siendo eficiente el control. Adicionalmente se hace necesaria la actualización de la escala tanto en Probabilidad (Muy Baja 20%; Baja 40%, Media 60%, Alta 80%, Muy Alta 100%) e Impacto (Leve 20%, Menor 40%, Moderado 60%, Mayor 80% y Catastrófico 100%), conforme al Procedimiento de Gestión Integral del Riesgo (P-DE-07.V8 del 15/09/2022)				1%			
DISEÑO DEL CONTROL		Puntaje Matriz Riesgos	Calificación CI	Observación	Puntaje Matriz Riesgos	Calificación CI	Observación	Puntaje Matriz Riesgos	Calificación CI	Observación
Criterio										
Tipo de control	Preventivo 25	¿El control está dirigido hacia las causas del riesgo, para asegurar el resultado final esperado?	15%	0%	El control se encuentra bajo la responsabilidad de un tercero, ajeno al proceso de Mejora Continua	25%	25%	No se identifica	25%	
	Detectivo 15	¿El control detecta que algo ocurre y devuelve el proceso a los controles preventivos?								
	Correctivo 10	¿El control reduce el impacto de la materialización del riesgo?								
Implementación del control	Automático 25	¿las actividades de procesamiento o validación de información se ejecutan por un sistema y/o aplicativo de manera automática, sin la intervención de personas para su realización?	15%	15%		15%	15%	No se identifica	15%	Se presentan debilidades en la ejecución del control No. 2, por cuanto se identificaron quince (15) usuarios activos, que corresponden a

	Manual 15	¿Las actividades son ejecutadas por una persona?										exfuncionarios de la UPME y dos (2) usuarios que presentan denominación del cargo errada, no siendo eficiente el control
Total valoración controles				15%			40%				40%	
Documentación del control	Documentado	¿Las actividades que se desarrollan en el control están documentados en el proceso? ejemplo Manuales, Procedimientos, Flujogramas o documento propio del proceso.	SI	SI	Procedimiento ACAPAM	SI			SI	SI		
	Sin documentar					NO		El Control no se encuentra documentado en el Procedimiento Elaboración de Planes (P-HI-01. V1)				
Frecuencia de la ejecución del control	Continua	¿El control se aplica siempre que se realiza la actividad que conlleva el riesgo?	SI	SI		SI	SI		SI			
	Aleatoria									SI		No se actualizado el acceso conforme a la Planta Vigente
Evidencia de la ejecución del control	Con registro	¿Se deja evidencia o rastro de la ejecución del control, que permita a cualquier tercero llegar a la misma conclusión?.	SI	SI		SI	SI	SI	SI	SI		
	Sin registro											

Controles preventivos/Detectivos	Probabilidad inherente	Valoración de controles	Cálculo requerido	Probabilidad residual
1 control - Riesgo 1	40%	15%	6%	34%
1 control - Riesgo 2	2%	40%	1%	1%
2 control - Riesgo 2	1%	40%	0%	1%