

## ALCALDIA MUNICIPAL SANTIAGO DE CALI

### INFORME EJECUTIVO ANUAL - MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO - MECI VIGENCIA 2011

Radicado No: 1020

#### Subsistema de Control Estratégico

##### Avances

#### AMBIENTE DE CONTROL:

##### Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos:

La declaración de principios, valores y directrices éticas se construyó y adoptó según Decreto N°. 411.0.20.0100 de febrero 15 de 2010, siendo socializada a los servidores públicos de la entidad, de acuerdo con los mecanismos de difusión y socialización implementados, que entre otros fueron la publicación de los mismos en la intranet, en las áreas físicas de cada dependencia y en los ascensores públicos del Centro Administrativo Municipal. Igualmente, en los procesos de inducción de los nuevos funcionarios, se les ha dado a conocer la declaración de principios, valores y directrices éticas y en las capacitaciones realizadas por el Subproceso Calidad de Vida Laboral y Gestión Ética se ha entregado material impreso con los valores éticos.

La comunidad desconocía cuál era la dependencia y el procedimiento para quejarse, la Dirección de Control Disciplinario Interno dio a conocer el Proceso Disciplinario y el procedimiento para reportar las quejas, situación que generó el aumento de radicación de quejas sobre los funcionarios públicos.

##### Desarrollo del Talento Humano:

Las políticas de operación del Proceso Gestión del Talento Humano en la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali, fueron aprobadas por el Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno en reunión del 8 de abril de 2011 y adoptadas según Decreto N°. 411.0.20.1038 de diciembre 9 de 2011, incorporando en estas directrices el desarrollo de competencias, habilidades e idoneidad del servidor.

El plan institucional de capacitación fue adoptado según Decreto N°. 411.0.20.0158 de marzo 30 de 2011 y publicado en la página web de la Alcaldía de Santiago de Cali en la Dirección de Desarrollo Administrativo, dicho plan incluyó las orientaciones de la capacitación por competencias y los requerimientos mediante los Proyectos de Aprendizaje en Equipos, PAE, presentados por las dependencias que integran la entidad. El informe realizado por la Oficina de

Capacitación de la Dirección de Desarrollo Administrativo en enero de 2012 sobre la ejecución del PIC de la vigencia 2011, indica que en las capacitaciones desarrolladas los funcionarios públicos consideraron haber recibido conocimientos necesarios para el cumplimiento de sus funciones y que contribuyó al conocimiento de la entidad, dichas capacitaciones hacen parte del programa de inducción y re-inducción. Se efectuó inducción a los nuevos funcionarios que ingresaron a la entidad producto de la Convocatoria 001 de 2005 realizada por la Comisión Nacional del Servicio Civil. La entidad cuenta con un informe consolidado sobre el proceso de inducción realizado por el Subproceso Capacitación en octubre 31 de 2011. Durante la vigencia 2010, para el fortalecimiento de la gestión institucional y desempeño de directivos y docentes se paso de brindar una capacitación de cursos dispersos a docentes y directivos docentes, en la vigencia 2011 a un enfoque sistémico en donde se trabajaron tres nodos: El aula, la institución y el nivel de seguimiento y control del sistema educativo; para ello se concentraron esfuerzos y desarrollos con tres importantes instituciones de educación superior con las cuales se logró capacitar a más de 5.500 docentes y directivos docentes.

Dentro del proceso de re-inducción el equipo técnico de gestión realizó sesiones de capacitación sobre los sistemas de control interno, gestión de calidad y desarrollo administrativo a los funcionarios públicos de las diferentes dependencias de la Administración Central Municipal.

Durante la vigencia 2011 se ejecutaron acciones del programa de servicios sociales y calidad de vida laboral.

El plan de incentivos se adoptó según Decreto N° 0836 de 23 de septiembre 2011 y se llevo a cabo la premiación de los funcionarios de carrera tanto de la vigencia 2010 como de la vigencia 2011.

La Dirección de Desarrollo Administrativo a cargo del Proceso Gestión de Seguridad Social Integral desarrolló campañas de higiene, salud y vacunación a los servidores públicos de la entidad.

Finalizando la vigencia se aplicaron las encuestas a más de 344 funcionarios públicos y se obtuvieron los resultados de la medición del clima laboral en la entidad.

Frente a la evaluación del desempeño se ha cumplido con los términos legales y se realizan los seguimientos establecidos por el sistema de evaluación de desempeño tipo establecido por la Comisión Nacional del Servicio Civil. Además, se diseñó el instrumento para desarrollar planes de mejoramiento individual producto de los mencionados seguimientos y evaluación.

**Estilo de Dirección:**

Existe un acta de compromiso con los Sistemas de Control Interno, Gestión de Calidad y Desarrollo Administrativo firmada por el nivel directivo con fecha del 14 de octubre de 2008, el Código de Buen Gobierno adoptado por Decreto N°. 411.0.20.0067 de enero 29 de 2010, el acta N°. 411.0.1.2.1 del 8 de abril de 2011 donde el comité de coordinación de los sistemas de control interno y gestión de calidad aprobó el modelo de operación por procesos, el manual de calidad, la metodología de administración de riesgos, las políticas de operación de talento humano, mejora continua y control interno, el programa anual de auditoría interna vigencia 2011 y el instructivo para la caracterización del modelo de operación por procesos. Igualmente, se adoptaron según Decreto N°. 411.0.20.0910 de octubre 27 de 2011 el modelo de operación por procesos y el manual de calidad de la Administración Central Municipal y según Decreto N°. 411.0.20.1038 de diciembre 9 de 2011 las políticas de operación del talento humano, mejora continua y control interno.

Para el establecimiento de acciones correctivas, preventivas o de mejora, producto del seguimiento y evaluación a los acuerdos de gestión de los gerentes públicos de la entidad, se diseñó el instrumento para desarrollar planes de mejoramiento individual.

La Oficina de Carrera Administrativa de la Dirección de Desarrollo Administrativo a cargo del Proceso Evaluación de Desempeño realizó el seguimiento al cumplimiento de la presentación y evaluación de los acuerdos de gestión concertados entre el nivel directivo y los gerentes públicos de la Entidad que les aplican.

El Departamento Administrativo de Planeación realizó una medición del índice de transparencia durante la vigencia 2011.

## **DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:**

### **Planes y Programas:**

La entidad adoptó el Plan de Desarrollo 2008 – 2011 según Acuerdo N°. 0237 de julio 3 de 2008, que contó con la participación de la comunidad y partes interesadas, lo divulgó y lo tiene publicado en la página web de la Alcaldía de Santiago de Cali en la dirección: <http://planeacion.cali.gov.co/dapweb/index.asp>, así como también el plan de acción consolidado de la entidad y el plan operativo anual de inversión para la vigencia 2011. Además según Decreto N°. 411.0.20.0910 de octubre 27 de 2011 adoptó el Manual de Calidad que contiene entre otros puntos la misión, visión, política de calidad y objetivos de calidad. Frente a la construcción del nuevo Plan de Desarrollo para la vigencia 2012 – 2015, se generó en la vigencia 2011 una estrategia para conocer las inquietudes de la comunidad, denominada “Sueña tu comuna”, la cual fue publicada en la página web de la entidad, donde los ciudadanos podían participar, igualmente se realizaron talleres tanto en la zona urbana como rural, se cuenta con los informes

respectivos.

El normograma para la vigencia 2011, se encuentra actualizado por cada uno de los responsables de los procesos del modelo de operación por procesos, teniendo en cuenta las competencias, responsabilidades y cometidos asignados a la entidad por mandato legal. Además según Decreto N°. 411.0.20.0910 de octubre 27 de 2011, se estableció que la actualización del normograma corresponde a los responsables de cada proceso, bajo el acompañamiento de los profesionales en Derecho, en cada una de las dependencias de la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali.

El Departamento Administrativo de Planeación, Subdirección de Desarrollo Integral a cargo del Proceso Planeación Económica y Social consolidó la evaluación del Plan de Desarrollo 2008 – 2011 con corte al 31 de octubre de 2011 realizada en diciembre de 2011, donde además de la evaluación de las metas e indicadores (plan indicativo) está la ejecución presupuestal (plan operativo anual de inversiones). Igualmente, las dependencias de la Administración Central Municipal realizaron seguimientos bimestrales y semestrales del plan de acción, reportando los avances al Departamento Administrativo de Planeación, quien consolidó los informes de la entidad y los reportó semestralmente en el formato F29A a la Contraloría General del Municipio de Santiago de Cali. De otra parte, se realizaron seguimientos trimestrales a los proyectos de inversión y seguimientos bimestrales a la ejecución de la contratación tanto por dependencia como consolidados por entidad y reportados en el formato F12A y en el formato F20\_13A a la Contraloría General del Municipio de Santiago de Cali.

Existen sesiones realizadas por el Consejo de Gobierno y por dependencias de la Administración Central Municipal donde se desarrollaron reuniones con sus equipos de trabajo, en las cuales se tomaron los resultados de los seguimientos efectuados a las actividades establecidas en la planeación y cuando a ello hubo lugar se realizaron ajustes a las mismas.

#### **Modelo de Operación por Procesos:**

La entidad cuenta con un modelo de operación por procesos y manual de calidad aprobado por el Comité de Coordinación de los Sistemas de Control Interno y Gestión de Calidad en abril 8 de 2011 y adoptados según Decreto N°. 411.0.20.0910 de octubre 27 de 2011, donde se definió la composición del modelo, el mapa de procesos, la cadena de valor conformada por la interacción de los procesos misionales dirigidos a satisfacer las necesidades y requisitos de los usuarios, la estructura documental, las responsabilidades generales y específicas del nivel directivo y las responsabilidades del Comité de Comunicación Organizacional adelantando estrategias de comunicación y sensibilización para la implementación de dicho acto administrativo.

Existen dependencias de la Administración Central Municipal que realizaron

revisiones a sus procesos, subprocesos y/o procedimientos, teniendo en cuenta los requerimientos de los clientes y resultado de las mismas se efectuaron los ajustes necesarios, se cuenta con informes de estas revisiones.

El Departamento Administrativo de Planeación realizó capacitación para la construcción y seguimiento de los indicadores, precisando la metodología para la formulación de indicadores de gestión, además efectuó una revisión de los mismos encontrando debilidades en la formulación de algunos indicadores entregados por las dependencias, situación por la cual solicitó corregir dichos indicadores teniendo en cuenta que deben apuntar a la gestión relacionada con los productos, bienes y servicios generados en el portafolio de servicios competencia de las dependencias. Existen dependencias de la Administración Central Municipal que han realizado la revisión y ajuste de los indicadores de los procesos.

El modelo de operación por procesos adoptado por la entidad se facilitó la planeación de la entidad porque se tienen identificados los procesos que direccionan la organización en cuanto a la planificación y se han cumplido los parámetros establecidos en dichos procesos para la formulación de los planes, programas, presupuesto y proyectos de inversión.

#### **Estructura Organizacional:**

Los funcionarios tienen en cuenta los niveles de autoridad y responsabilidad en la ejecución de los procesos.

En el último semestre de la vigencia 2011, se realizaron jornadas de socialización a los servidores públicos del mapa de procesos adoptado por la entidad.

#### **ADMINISTRACION DE RIESGOS:**

La entidad cuenta con los lineamientos e instrumentos para la identificación, manejo y control de los riesgos, los cuales han sido aprobados y adoptados en el procedimiento para realizar la administración de riesgos, el cual establece la metodología para elaborar el contexto estratégico, la identificación, análisis y valoración de los riesgos y la formulación de un mapa o plan de manejo y control de los riesgos, basado en la metodología expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. Además durante la vigencia 2011 se realizaron jornadas de socialización de capacitación en la metodología de administración de riesgos y existen casos en los que se efectuó acompañamiento en la elaboración del contexto estratégico por proceso.

Existen dependencias que revisaron el contexto estratégico de los procesos a su cargo, lograron actualizarlo y definieron su mapa de riesgos por proceso.

El mapa de riesgos de todos los procesos de la entidad y la definición de las

políticas de administración del riesgo se encuentran en construcción.

## **Dificultades**

### **AMBIENTE DE CONTROL:**

#### **Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos:**

Aunque esta adoptada y socializada la Declaración de Principios, Valores y Directrices Éticas, no se han establecido los compromisos éticos a nivel de todos los procesos de la entidad y no se tienen evaluada la eficacia y efectividad de los mecanismos utilizados para la difusión y socialización del documento ético, situación que dificulta la interiorización de los principios y valores éticos por parte de los servidores públicos.

De acuerdo con la información que reporta la Dirección de Control Disciplinario Interno, donde presenta las conductas en las que más incurren los funcionarios públicos, las dependencias con mayor cantidad de expedientes abiertos, la cantidad de fallos sancionatorios proferidos y la cantidad de funcionarios investigados en desarrollo de la línea de investigación: Análisis del Proceso Disciplinario del Observatorio de la Gestión Pública que arroja el Sistema Softcontrol y teniendo en cuenta que la entidad adoptó el documento ético, no se tienen identificadas las investigaciones disciplinarias relacionadas con las faltas éticas del funcionario público, lo que dificulta conocer con qué principios, valores y/o directrices éticas se relacionan dichas investigaciones y cuántas son.

#### **Desarrollo del Talento Humano:**

La reciente adopción de las políticas de operación del Proceso Gestión del Talento Humano en la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali, no ha permitido que se realice una apropiada socialización y aplicación de las mismas, dificultando su implementación, seguimiento y establecimiento de acciones correctivas o de mejora de éstas durante la vigencia 2011.

La acumulación del plan institucional de capacitación para la vigencia 2011 de los PAE aprobados y priorizados en la vigencia 2010, que por motivos presupuestales no se pudieron ejecutar, dificulta la ejecución de las actividades planificadas, que de acuerdo con las necesidades identificadas se requieren llevar a cabo en los procesos de inducción y re-inducción de la entidad.

La acumulación del plan de incentivos de la vigencia 2010 con los de la vigencia 2011, para llevar a cabo la premiación de los funcionarios de carrera que por motivos presupuestales no se pudieron premiar en la vigencia 2010, genera desmotivación de los empleados, disminuye la participación de los equipos de trabajo y dificulta la ejecución adecuada de las actividades que se requieren, para desarrollar la exaltación y reconocimiento de los funcionarios que se han destacado en la realización de sus labores siendo los mejores de la entidad.

Los resultados de la medición del clima laboral realizados en la vigencia 2011, indicaron que respecto a la vigencia 2010 mejora la calificación de los funcionarios respecto a la variable estilos de dirección, pero se mantuvieron igual las calificaciones de las variables ambiente de trabajo (infraestructura) y la administración del talento humano, siendo éstas las más críticas, situación que refleja algunas dificultades que se presentan para implementar los procesos en la entidad bajo el esquema que plantean los sistemas de control interno y gestión de calidad.

La entidad no cuenta con un instrumento adoptado, socializado e implementado para establecer planes de mejoramiento individual, producto de la evaluación del desempeño de los empleados de carrera administrativa, lo que dificulta la generación de acciones preventivas y/o correctivas que evidencien la mejora continua del funcionario público en los procesos y en el área.

### **Estilo de Dirección:**

En la entidad existe un Código de Buen Gobierno y esta adoptado, pero no se tiene evidencia de la aplicación del mismo, lo que dificulta reconocer la forma adoptada por el Nivel Directivo para guiar u orientar las acciones de la Entidad.

La reciente adopción de productos como el modelo de operación por procesos, del manual de calidad, de las políticas de operación del talento humano, mejora continua y control interno, considerando que no en toda la entidad se ha desarrollado lo señalado en los Decretos de adopción, en cuanto a la asignación de grupos de trabajo, divulgación, aplicación, verificación, control, seguimiento, análisis, medición, mejora y mantenimiento tanto de los procesos como de los sistemas de gestión y que los funcionarios públicos se encuentran en una etapa de entrenamiento para la ejecución de los mismos, ha generado dificultades en la apropiación, desarrollo, implementación y fortalecimiento de los sistemas de control interno, gestión de calidad y desarrollo administrativo.

La entidad no cuenta con un instrumento adoptado, socializado e implementado para establecer planes de mejoramiento individual, producto del seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión de los gerentes públicos que los suscriben, lo que dificulta la generación de acciones correctivas, preventivas o de mejora que evidencien el mejoramiento continuo de la gestión institucional.

Si bien el Departamento Administrativo de Planeación realizó una medición del índice de transparencia durante la vigencia 2011, no se cuenta con la medición de la vigencia 2010, lo que dificulta determinar si se han presentado cambios favorables de la medición realizada en el 2011 con relación a los resultados obtenidos en la del 2010.

De acuerdo con el reporte global del aplicativo QAP vigencia 2010 respecto a la vigencia 2011, las peticiones, quejas y reclamos aumentaron en un 7%, es decir,

en el 2010 según el reporte global aparecían 19.281 QAP radicados en la entidad, mientras en el 2011 el reporte global era de 20.709 QAP, lo que dificulta la atención oportuna y dentro de los términos de ley de las peticiones, quejas y reclamos relacionadas con la prestación del servicio.

## **DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:**

### **Planes y Programas:**

La entidad realiza un ejercicio planificador que demanda el 100% de sus esfuerzos con la comunidad y las partes interesadas en el establecimiento de su plan de desarrollo, sin embargo, en cuanto a la planificación interna no se cumple con el 100% de los parámetros establecidos por los sistemas de control interno, gestión de calidad y desarrollo administrativo, lo que genera dificultades en el desarrollo de la operación de los procesos y un sistema de gestión que muestra buen desarrollo pero que requiere mejoras en algunos aspectos como la planificación interna con una mirada hacia al cliente interno.

La entidad no cuenta con un indicador o parámetro que permita medir el impacto que ha tenido la implementación del MECI, lo que le dificulta dar respuesta a interrogantes como si con la implementación del MECI se ha mejorado la ejecución presupuestal tanto de funcionamiento como de inversión.

### **Modelo de Operación por Procesos:**

La entidad no ha realizado un análisis de cargas de trabajo que refleje las reales necesidades organizacionales para definir los perfiles de los empleos a proveer de acuerdo con los requerimientos del modelo operativo por procesos, lo que dificulta la implementación de los sistemas de control interno, gestión de calidad y desarrollo administrativo y la gestión por procesos.

La reciente adopción del modelo operativo por procesos en octubre 27 de 2011, aunque se inició la socialización del mapa de procesos a los servidores, no ha permitido que sea entendido y aplicado por todos los funcionarios en la entidad, dificultando la ejecución de las operaciones, el seguimiento, evaluación y comunicación durante la vigencia 2011.

### **Estructura Organizacional:**

El manual específico de funciones y de competencias laborales presenta inconsistencias en algunos cargos y no responde a los requerimientos del modelo operativo por procesos de la Administración Central Municipal de Santiago de Cali, lo que genera sobrecarga laboral, incumplimiento de funciones, extralimitación de funciones y dificulta la implementación de los sistemas de gestión.

La entidad cuenta con una estructura organizacional que no permite realizar una

gestión por procesos integral y articuladamente con los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de autoridad y responsabilidad establecidos en la misma, dificultando que contribuya al logro de los objetivos del modelo de operación por procesos adoptado y la toma de decisiones en la ejecución de los mismos.

Los funcionarios aún no entienden su participación en los procesos en el ejercicio de las funciones de su cargo y de su nivel jerárquico, debido a las inconsistencias que se presentan en los manuales de funciones y la desarticulación que existe entre éste y el modelo de operación por procesos, generando dificultades para la apropiación de los sistemas de gestión y la implementación de una gestión por procesos en la entidad.

### **ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:**

Aunque se han realizado capacitaciones en la metodología de administración de riesgos, no se ha logrado la apropiación de los funcionarios por el tema, lo que ha generado dificultades para que los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo contribuyan en la identificación de los factores de riesgos.

La entidad no tiene actualizado el contexto estratégico y definido el mapa de riesgos del 100% de sus procesos, lo que genera dificultades para responder ante posibles eventos que puedan llegar a impedir el cumplimiento de los objetivos institucionales y determinar el mapa de riesgos institucional, de acuerdo con la metodología adoptada que determina una matriz de calificación, evaluación y respuesta a los riesgos 5x5.

La no existencia del 100% de los mapas de riesgos por procesos e institucional, ha generado dificultades para socializar y divulgar entre los funcionarios los riesgos a los que la entidad está expuesta y las acciones establecidas para controlarlos y manejarlos, igualmente, impide que se socialicen permanentemente las actualizaciones de los mapas de riesgos por proceso y se haga seguimiento a la efectividad de los controles de los riesgos identificados.

La reciente adopción del procedimiento para la administración de los riesgos y la falta de implementación de este componente en la entidad, ha dificultado la revisión de los lineamientos con respecto al tratamiento de los riesgos, la verificación del cumplimiento de las políticas de administración del riesgo y poder conocer si se ha contribuido a disminuir el número de hallazgos de la Contraloría y la materialización del riesgo en la vigencia 2011.

Los esfuerzos realizados por la Dirección de Control Interno en cuanto a fomentar la cultura del control en los funcionarios, no se ven reflejados en el fortalecimiento a través de la aplicación de la administración del riesgo en la entidad.

## **Subsistema de Control de Gestión**

### **Avances**

## **ACTIVIDADES DE CONTROL:**

### **Políticas de Operación:**

Durante la vigencia 2010 se adoptaron por Decreto N°. 411.0.20.0563 las políticas de operación de privacidad y condiciones de uso del portal municipal y las de seguridad de información en la Administración Central Municipal y según Decreto N°. 411.0.20.1038 de diciembre 9 de 2011 se adoptaron las políticas de operación del talento humano, mejora continua y control interno, las cuales fueron socializadas y publicadas en la intranet de la entidad y en algunos casos socializadas al nivel directivo por circular informativa.

### **Procedimientos:**

Los procedimientos en la entidad fueron adoptados según Decreto N°. 411.0.20.0910 de octubre 27 de 2011, fueron socializados en cada dependencia de acuerdo con las acciones generadas por el Equipo Técnico de Gestión, donde se utilizaron diferentes estrategias como capacitación, mensajes de texto, copia de la información en cada puesto de trabajo, en la red interna o entregados en medio magnético, igualmente fueron divulgados en la intranet de la entidad.

Existen procedimientos en la entidad que se encuentran implementados en un buen porcentaje conforme aparecen documentados.

Existen procedimientos en la entidad que fueron revisados, ajustados, mejorados y/o actualizados.

### **Controles:**

La entidad esta en proceso de definición de los controles preventivos, los cuales quedarán consignados en el mapa de riesgos por proceso y tiene definidos los controles correctivos, los cuales están identificados en el plan de control de cada uno de los procesos que se encuentran documentados y adoptados actualmente.

### **Indicadores:**

La entidad cuenta con los indicadores propuestos en el Plan de Desarrollo 2008 – 2011, los cuales están relacionados en el Plan Indicativo 2008 – 2011, que le permiten realizar la evaluación de su gestión.

Por cada proceso en la entidad, se encuentra documentado el tablero de indicadores que contiene los indicadores de gestión.

La entidad con el liderazgo del Departamento Administrativo de Planeación llevo a cabo la revisión de los indicadores de gestión, separando los indicadores del plan de desarrollo de aquellos que hacen parte de la operación de la entidad, logrando

cambios significativos en la formulación de los indicadores para el nuevo plan de desarrollo, la presentación de los próximos informes de gestión producto de la evaluación de dichos indicadores y la generación de los portafolios de servicios, donde el 59% de las dependencias cumplieron con estas mejoras.

### **Manual de Operación:**

El modelo de operación por procesos que contiene los manuales de procedimientos fue adoptado según Decreto N°. 411.0.20.0910 de octubre 27 de 2011, a partir de la recopilación e integración de la información que regula las acciones de la entidad y fue divulgado en cada dependencia de acuerdo con las acciones generadas por el Equipo Técnico de Gestión, donde se utilizaron diferentes estrategias como capacitación, mensajes de texto, copia de la información en cada puesto de trabajo, copia en la red interna o entregados en medio magnético, igualmente fueron divulgados en la intranet de la entidad, siendo de fácil acceso para todos los funcionarios.

Existen funcionarios en la entidad que utilizan el manual de procedimientos, como herramienta de consulta para ejecutar sus operaciones o para conocer quien es responsable de realizar los procesos y cómo se realizan.

Existen dependencias que han realizado actualizaciones al manual de procedimientos, por cambios normativos o mejoras en la operación de la entidad.

Existen dependencias que para la ejecución de sus operaciones cumplen en un alto porcentaje con la estandarización establecida en el manual de procedimientos.

### **INFORMACIÓN:**

La entidad tiene identificados las fuentes de información y los mecanismos para su administración y manejo.

El procedimiento de recepción y análisis de la información que soporta la operación de la entidad es revisado y evaluado.

La entidad tiene identificados los mecanismos para la administración de la información que se origina y procesa en su interior.

La entidad cuenta con un aplicativo “QAP” para recepcionar quejas, peticiones, reclamos, denuncias y solicitud de información con varias opciones para usar este servicio: De manera presencial; en las oficinas de atención ubicadas frente a la bahía vehicular del CAM; por vía telefónica a través de la línea 195 y por la página web: [www.cali.gov.co](http://www.cali.gov.co) en lado derecho en la mitad de la página en la parte de “Servicios” aparece el icono “QAP”. En dicho aplicativo queda consignada toda la información sobre las QAP, se establecen metas y se efectúan cortes en el

sistema para su seguimiento y retroalimentación a las dependencias. Igualmente se genera un informe "Reporte Global Solicitudes Ingresadas Sistemas QAP", el cual muestra el número de solicitudes atendidas, pendientes e ingresadas por dependencia, indicador de gestión que permite medir el grado de cumplimiento institucional basado en las QAP reportadas por la ciudadanía y partes interesadas y es utilizado como un mecanismo de verificación para garantizar la oportunidad de la información.

Existen dependencias de la entidad que tiene implementado el sistema de gestión documental ORFEO y en otras se está en proceso de adquisición de equipos y capacitación de los funcionarios para su implementación.

La entidad ha documentado las hojas de vida de trámites y servicios conforme a los lineamientos dados por el Departamento Administrativo de la Función Pública, igualmente se encuentran publicados en el SUIT para la revisión y aprobación por parte del DAFP.

La entidad tiene diseñados y publicados los formularios en el portal de la Alcaldía de Santiago de Cali, facilitando el descargue y la respuesta para el usuario.

La entidad implementó la ventanilla única para los procedimientos relacionados con la construcción, se han documentado los encadenamientos de trámites con el fin de realizar la reingeniería de los procesos.

La implementación del proceso adquisición de bienes, obras y servicios, ha logrado una interacción con el proceso gestión documental, generando propuestas de mejora en la tabla de retención documental.

La entidad tiene conformado un equipo técnico de archivo conformado por delegados de cada dependencia, quienes actúan como canal de socialización y aplicación de la gestión documental.

La entidad realizó ajustes, actualización, socialización, capacitación y aplicación de las tablas de retención documental (T.R.D.), lo que permitió oportunidad en la información y toma de decisiones, así como celeridad de la consulta y eficiencia de los espacios laborales y de archivo, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 594 de 2000.

Los información que proviene de las fuentes internas como son los informes, actas, actos administrativos, circulares y otros, son utilizados como insumo para el desarrollo de los procesos.

La entidad realiza actualización y mantenimiento (parches, versiones, mantenimiento, etc.) a los diferentes aplicativos que reposan en las bases de datos, como el Sistema de Gestión Financiero Territorial - SAP, Sicaweb, Sisben, Cuotas Partes (Pasivos Pensionales), Banco Inmobiliario y Observatorio Social

entre otros.

La entidad continuó con la capacitación a los servidores públicos del área de planeación de cada dependencia en el módulo de proyectos que se integra al Sistema de Gestión Financiero Territorial – SAP y se logró iniciar la implementación de dicho módulo.

En cuanto al hardware y a la proyección de los datos, la entidad actualiza la plataforma de soporte de servidores y almacenamiento.

La toma de decisiones por parte del nivel directivo en cuanto a lo presupuestal, se puede realizar eficientemente debido a que se tiene la información en tiempo real y oportuna en el Sistema de Gestión Financiero Territorial – SAP y garantiza la integridad de la información y la generación de información y la presentación de manera clara y comprensible para la ciudadanía y partes interesadas.

La entidad verifica la oportunidad y veracidad de la información reportada a los diferentes sistemas gubernamentales de información.

#### **COMUNICACIÓN PÚBLICA:**

La entidad tiene definido el plan de comunicación organizacional e informativa, el cual fue adoptado según Decreto N°. 411.0.20.0197 de abril 15 de 2010. Además se cuenta con la aprobación y adopción del macroproceso comunicación pública que contienen los procesos comunicación organizacional y comunicación informativa.

La Administración Central del Municipio de Santiago de Cali cuenta con el manual de identidad visual corporativo adoptado según Decreto N°.411.0.20.007 de enero 29 de 2010, el cual es de obligatoria aplicación y observancia por todos los funcionarios públicos y particulares que ejercen funciones públicas y se ha implementado en un alto porcentaje.

La entidad tiene definidos los canales de comunicación entre la dirección y los demás servidores, se cuenta con los correos corporativos y mensajes masivos de interés general.

La intranet de la entidad se encuentra en funcionamiento con servicios disponibles para los funcionarios como la consulta del desprendible de nómina, de la declaración de retención en la fuente, de los decretos emitidos por la entidad, de los bienes cargados en el inventario, la utilización del chat entre otros. Además de este medio de comunicación interna se cuenta con carteleras, una red de pantallas, revistas digitales, boletines informativos periódicos emitidos por la Dirección de Desarrollo Administrativo para comunicar noticias de interés a los servidores públicos y existen dependencias que cuentan con audio interno.

En la página web se tiene publicado un banner y la posibilidad de ingresar a la normatividad que rige la entidad, la cual se encuentra disponible para el ciudadano, así como el link para consultar la contratación, los planes, programas y proyectos.

La oficina de comunicaciones tiene los resultados de las encuestas aplicadas para evaluar el plan de comunicación organizacional con sus canales de comunicación interna implementados en la entidad, realizadas en febrero y octubre de 2011.

La entidad mejoró la publicación de algunos trámites y servicios en la página web de la Entidad, en beneficio de la ciudadanía, aportando claridad y eficiencia para sus requerimientos.

El plan de comunicación organizacional e informativa de la entidad se ha implementado en un alto porcentaje.

La entidad expide boletines informativos que se publican en la página web: [www.cali.gov.co](http://www.cali.gov.co) y se envían a los correos corporativos por dependencia.

La entidad generó una parrilla de programas en directo tanto en televisión como en radio, los cuales permitieron atender por los directivos llamadas en vivo de los ciudadanos para resolver inquietudes y plantear propuestas, con respecto a los temas de interés de la comunidad.

La entidad cuenta con un comité de comunicación organizacional adoptado mediante Decreto N°. 411.0.20.0198 de 2010, en el cual se revisan las políticas y actividades que se desarrollan en comunicación organizacional y de ser necesario se actualizan los métodos, recursos e instrumentos para la divulgación de la información.

La entidad dispuso de un punto de atención y orientación al ciudadano, cuando ingresa a la sede principal Centro Administrativo Municipal - CAM.

La entidad con el liderazgo de la oficina de comunicaciones realiza un consejo de redacción diario para definir el trabajo de comunicación informativa.

El portal [www.cali.gov.co](http://www.cali.gov.co) se actualiza informativamente cada 24 horas y es el principal canal de información entre el ciudadano y la Administración Municipal.

Existen dependencias de la entidad que tiene implementado el sistema de gestión documental ORFEO y en otras se está en proceso de adquisición de equipos y capacitación de los funcionarios para su implementación.

#### **Dificultades**

#### **ACTIVIDADES DE CONTROL:**

#### **Políticas de Operación:**

La reciente adopción de las políticas de operación del talento humano, mejora continua y control interno, no ha permitido que se socialicen adecuadamente dichas políticas, generando demora en la implementación de las mismas y la ejecución de los procesos y actividades por los funcionarios de la entidad a los que les aplica, en cumplimiento de los objetivos institucionales.

**Procedimientos:**

La entidad aún no desarrolla el 100% de sus actividades de acuerdo con los procedimientos que se encuentran documentados, lo que genera dificultades en la implementación y mejora de los sistemas de gestión y no ha facilitado el desarrollo de la gestión por procesos.

**Controles:**

El mapa de riesgos por proceso e institucional no se encuentra documentado en el 100% y no se tienen implementados, lo que genera que no se estén aplicando los controles preventivos que contribuyan a que los riesgos no se materialicen y que de materializarse, éstos permitan reducir el impacto.

La entidad no le ha dado aplicación a los planes de control de cada proceso y no esta realizando seguimiento a las actividades de control previstas en dichos planes, lo que genera que se presenten algunos incumplimientos de los objetivos de los procesos o barreras en la ejecución de los procedimientos.

**Indicadores:**

Aunque se revisaron los indicadores de gestión, no todas las dependencias realizaron los ajustes y mejoras en sus procesos, lo que dificulta la evaluar la gestión de los procesos, de los indicadores teniendo en cuenta la oportunidad, finalidad, claridad, practicidad, con el fin de mejorar su aplicación y utilidad y la formulación del nuevo plan de desarrollo y plan de acción para la vigencia 2012 de cada dependencia en la entidad ajustados a la metodología para tal fin.

La falta de implementación adecuada de este elemento, no ha permitido medir el cumplimiento de los factores críticos de los procesos en la entidad, no ha facilitado la toma de decisiones y no permitido generar acciones preventivas como correctivas.

**Manual de Operación:**

En la entidad no se ha generado en todos los funcionarios, una cultura de consulta del manual de procesos y procedimientos para conocer cuáles son las operaciones, actividades y/o tareas de su responsabilidad y cómo se deben ejecutar, lo que dificulta la aplicación de mejoras a lo que se encuentra

documentado y que la ejecución de sus operaciones cumpla con la estandarización establecida en el manual de procedimientos.

### **INFORMACIÓN:**

No se tiene clasificada la información teniendo en cuenta las necesidades de operación de la entidad, lo que dificulta que el análisis de la información recibida de la ciudadanía y partes interesadas se utilice para obtener información sobre las necesidades y prioridades en la prestación del servicio.

Aunque se cuenta con un instructivo para la organización de los archivos y las tablas de retención documental actualizadas que han permitido tener avances significativos en materia de gestión documental, aún falta mayor apropiación de la operación por procesos, lo que dificulta la implementación de una tabla de retención documental que refleje el 100% de la gestión por procesos.

Existen casos en los que no se atienden con oportunidad las peticiones, quejas, reclamaciones o recursos, que se registran por el aplicativo QAP, lo que genera investigaciones disciplinarias, inconformidad por la comunidad, cliente interno y partes interesadas y deteriora la imagen de la entidad.

La entidad cuenta con un mecanismo sistematizado para la captura, procesamiento, administración y distribución de la información, el cual es el sistema de gestión documental ORFEO, pero no lo ha implementado en el 100% de las dependencias, lo que dificulta la búsqueda de la información a nivel institucional por no contar con un sistema automatizado y unificado.

El análisis de la información recibida de la ciudadanía, cliente interno y partes interesadas no ha sido utilizado para determinar acciones preventivas, correctivas y de mejora, lo que dificulta conocer si la retroalimentación con el cliente interno ha contribuido para la mejora de los procesos.

La entidad ha avanzado en integrar algunos sistemas de información, pero aún existe software diverso y en múltiples plataformas no integradas, de los que se depende totalmente del proveedor para la administración del mismo, denotándose la falta de implementación de políticas para la adquisición de software y hardware, lo que dificultado tener un sistema de información gerencial integrado que permita la toma de decisiones oportuna y acertada.

### **COMUNICACIÓN PÚBLICA:**

La entidad ha evaluado los canales de comunicación interna, pero no se ha realizado la revisión y verificación de la funcionalidad de la implementación del plan de comunicación (canales de comunicación tanto internos como externos), lo que dificulta garantizar su efectividad, efectuar ajustes al mismo de ser necesario y que fluya la información tanto descendente como ascendente y transversal para

que contribuya al logro de los objetivos institucionales.

La entidad ha definido mecanismos y estrategias para divulgar el modelo de operación por procesos, sin embargo, no se cuenta con un sistema de información que le permita a todos los funcionarios públicos visualizar y consultar de manera ágil, sencilla y didáctica los procesos que le competen, lo que genera desinterés y dificultad en la apropiación por parte de los funcionarios para la ejecución de la gestión por procesos.

La entidad no cuenta con un adecuado proceso de retroalimentación de acuerdo con las sugerencias o recomendaciones que realizan los servidores públicos como clientes internos, lo que dificulta la implementación de mejoras en los procesos.

Con el aplicativo QAP no se realiza una medición de la calidad del servicio, que sirva para la retroalimentación y el mejoramiento de los servicios y/o productos prestados a la comunidad, lo que dificulta la aplicación de acciones correctivas y preventivas en los procesos.

Aunque se dispuso de un punto de atención y orientación al ciudadano, no se cuenta con un espacio adecuado y acondicionado para la atención al usuario, lo que dificulta que se facilite el acceso a la información generada por la misma y la insatisfacción de la comunidad en la prestación del servicio por la entidad.

En la consulta de normatividad por la página web se presentan debilidades en su estructura, el modo de búsqueda y falta de actualización de la información, lo que dificulta la consulta por parte de la comunidad a las normas.

La entidad no realizó un proceso de audiencia pública de rendición de cuentas conforme a la metodología expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y adoptada por la Administración Central Municipal, lo que genera descontento en la comunidad, dificulta el aumento de su participación en la rendición de cuentas y el reconocimiento por parte de la ciudadanía.

## **Subsistema de Control de Evaluación**

### **Avances**

#### **AUTOEVALUACIÓN:**

La entidad adoptó en abril 8 de 2011 por el comité de coordinación de los sistemas de control interno y gestión de calidad y adoptó por Decreto N°. 411.0.20.0910 de octubre 27 de 2011 el proceso gestión de autoevaluación, donde se tienen definidos los instrumentos para verificar y evaluar por parte de los líderes de procesos, tanto la efectividad del control interno como determinar el cumplimiento de la gestión institucional, los cuales han sido socializados en toda la entidad.

La entidad diseñó y aplicó una matriz de seguimiento para verificar la implementación del sistema de control interno.

La entidad realizó la medición del Sistema de Control Interno aplicando a una muestra de funcionarios públicos de las diecisiete (17) dependencias, el instrumento encuesta de autoevaluación del control diseñado para tal fin.

La entidad ha generado acciones de mejora producto del seguimiento y evaluación al sistema de control interno, se incrementó el número de dependencias que tienen implementado el sistema de gestión documental ORFEO, se realizó la revisión y actualización del contexto estratégico de algunos procesos, se adoptaron las políticas de talento humano, mejora continua y control interno, se incrementó el reporte por parte de las dependencias de las novedades del talento humano a la Dirección de Desarrollo Administrativo, entre otros.

### **EVALUACIÓN INDEPENDIENTE:**

La Dirección de Control Interno realizó un seguimiento a la implementación del Sistema de Control Interno en la entidad para determinar su efectividad, donde se realizaron recomendaciones al Departamento Administrativo de Planeación como representante de la Dirección para los Sistemas de Gestión, al Nivel Directivo y al Equipo Técnico de los Sistemas de Gestión en la entidad.

La Dirección de Control Interno realizó una evaluación parcial al Sistema de Control Interno para tener insumos al momento de elaborar el Informe Ejecutivo Anual vigencia 2011, donde se realizaron recomendaciones al Departamento Administrativo de Planeación como representante de la Dirección para los Sistemas de Gestión, al Nivel Directivo y al Equipo Técnico de los Sistemas de Gestión en la entidad.

La Dirección de Control Interno le presentó al Comité de Coordinación de los Sistemas de Gestión en reunión del 8 de abril de 2011, los resultados de la evaluación al Sistema de Control Interno de la vigencia 2010 y con circular N° 4123.02.22.02.47 de noviembre 22 de 2011 y comunicación N° 4123.0.14.11.485 de noviembre 10 de 2011 le informó a la alta dirección los resultados del seguimiento y de la evaluación parcial al Sistema de Control Interno de la vigencia 2011.

Con base en los resultados de la medición del Sistema de Control Interno realizada por la Dirección de Control Interno, se tomaron decisiones las cuales quedaron plasmadas en las acciones presentadas en el plan de mejoramiento suscrito en mayo de 2011 por el Departamento Administrativo de Planeación.

La entidad contó un Programa Anual de Auditoría Interna vigencia 2011, presentado por la Dirección de Control Interno, aprobado por el Comité de Coordinación de los Sistemas de Control Interno y Gestión de Calidad y firmado por el señor Alcalde en abril 8 de 2011.

La Dirección de Control Interno evaluó el Programa Anual de Auditoría Interna vigencia 2011 con corte a diciembre 31 de 2011 y obtuvo un 95% de cumplimiento en la ejecución del mismo.

Las auditorías internas ejecutadas por la Dirección de Control Interno se desarrollaron de acuerdo con el procedimiento que se documentó, aprobó y adoptó por la entidad, el cual incluye la verificación al cumplimiento de los objetivos de la entidad y la normatividad que la regula, la verificación de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos y del manejo de los recursos, y la evidencia documental como soporte fundamental para su desarrollo.

La Dirección de Control Interno realizó seguimientos a los planes de mejoramiento formulados y presentados por los auditados durante la vigencia 2011, producto de las auditorías internas realizadas, en los cuales verificó la eficacia y efectividad de las acciones correctivas establecidas.

#### **PLANES DE MEJORAMIENTO:**

La entidad formuló y presentó varios planes de mejoramiento institucional que dieron respuesta a las observaciones de la Contraloría General del Municipio de Santiago de Cali, de acuerdo con las auditorías: AGEI Regular al Municipio de Santiago de Cali, AGEI al Almacén y AGEI a la Contratación. De otra parte se formuló y presentó el plan de mejoramiento institucional que dio respuesta a las recomendaciones de la Dirección de Control Interno, producto de la auditoría interna a la implementación del Sistema de Control Interno - Modelo Estándar de Control Interno en la Administración Central Municipal de Santiago de Cali.

La entidad realiza el seguimiento semestral a los planes de mejoramiento institucional suscritos con la Contraloría General del Municipio de Santiago de Cali, de acuerdo con las resoluciones número 0100.24.3.08.008 del 23 junio de 2008 y número 5872 de julio 11 de 2007, los cuales son reportados en el aplicativo del órgano de control externo.

El cumplimiento de los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría General del Municipio de Santiago de Cali, han contribuido al fenecimiento de la cuenta.

La Dirección de Control Interno realizó una auditoría integral a la Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social finalizando la vigencia 2010 y producto de ésta se formuló un plan de mejoramiento, en la vigencia 2011 se realizó una auditoría de seguimiento al plan de mejoramiento y se pudo comprobar mejoras en procesos de apoyo como planeación económica y social, gestión documental, medición de la percepción del usuario, talento humano y en procesos misionales de la Secretaría.

En su mayoría las acciones formuladas en los planes de mejoramiento

presentados por los auditados y que fueron producto de las auditorías internas efectuadas en la vigencia 2011, responden a las recomendaciones realizadas por la Dirección de Control Interno.

La entidad diseño y aprobó el instrumento para formular planes de mejoramiento individual, producto de los resultados de la evaluación del desempeño, autoevaluación, auditorías internas, resultados de la evaluación a los acuerdos de gestión de los gerentes públicos, resultado de la evaluación a la gestión, entre otros.

## **Dificultades**

### **AUTOEVALUACIÓN:**

Si bien la entidad ha aplicado la encuesta de autoevaluación del control, no se hace periódicamente y no se asignan los recursos suficientes para lograr que el 100% de los líderes de los procesos, subprocesos y procedimientos apliquen el autocontrol, lo que dificulta que exista un adecuado ambiente de control para la gestión por procesos y que las acciones de mejora producto de la autoevaluación del control hayan fortalecido el funcionamiento del control interno y el conocimiento del mismo por parte de los funcionarios públicos.

Existen los instrumentos para evaluar la gestión realizada por los responsables de procesos, sin embargo, no se puede evidenciar en todos los casos las decisiones que se toman por parte de la entidad con base en los resultados de dicha evaluación, lo que no permite tener una trazabilidad de las mejoras en la gestión por procesos.

Aunque se tienen diseñados y adoptados los instrumentos para realizar la evaluación a la gestión, no se realiza el monitoreo a los factores críticos de éxito identificados en los procesos de la entidad, no se efectúa medición de los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos de manera periódica y estandarizada, lo que no dificulta monitorear el cumplimiento de los objetivos de los procesos e institucionales y tener los resultados de la gestión en tiempo real.

Existen procesos y dependencias en la entidad que han realizado seguimiento a la gestión y resultado de éste se han generado acciones correctivas, pero no se efectúa seguimiento a dichas acciones, lo que dificulta que se pueda conocer si han sido eficaces, eficientes y efectivas y se han fortalecido el cumplimiento de las metas de los procesos e institucionales con la autoevaluación de la gestión.

### **EVALUACIÓN INDEPENDIENTE:**

Aunque el Comité de Coordinación de los Sistemas de Gestión aprobó el programa anual de auditoría interna vigencia 2011, no se pudo evidenciar en todos los casos que se hayan tomado decisiones y acciones por la alta dirección, con base en los resultados y recomendaciones de las auditorías que entregó la

Dirección de Control Interno.

El programa anual de auditoría interna vigencia 2011 se aprobó, sin embargo, no se incluyó el desarrollo de auditorías de calidad y la ejecución del mismo fue del 95%, por falta de recurso humano, logístico e infraestructura necesaria para realizar la evaluación independiente a toda la entidad, puesto que la Dirección de Control Interno solamente cuenta con 4 profesionales universitarios en su planta de cargos y la Administración Central Municipal tiene adoptado un modelo de operación por procesos conformado por: 11 macroprocesos, 44 procesos y 433 procedimientos, con una estructura organizacional de 16 dependencias y 7 oficinas de asesoría, con aproximadamente 10.000 servidores públicos, considerando que la Secretaría de Educación tiene a su cargo 91 Instituciones Educativas, lo que dificulta la ejecución de auditorías de calidad y el cumplimiento del 100% del programa anual de auditoría interna, que permita monitorear periódicamente la entidad para asegurar que se implementen los Sistemas de Gestión.

#### **PLANES DE MEJORAMIENTO:**

Aunque se han desarrollado las acciones formuladas en los planes de mejoramiento y son pertinentes para el cumplimiento de los objetivos de la entidad, en algunos casos no son suficientes, no se han cumplido en un 100% y no han sido efectivas frente a los hallazgos encontrados por los órganos de control, lo que dificulta la implementación de los sistemas de gestión en la entidad.

El proceso de mejora continua se aprobó y adoptó, estableciendo la metodología para formular tanto planes de mejoramiento institucional como por proceso, sin embargo, no se encuentran debidamente definidos los planes de mejoramiento por proceso, solamente cuando son producto de una auditoría interna o externa, por cuanto falta cultura en el establecimiento de los mismos producto de los informes de la evaluación del control y de la evaluación a la gestión que realizan los responsables de procesos, por lo que no se cuenta con un seguimiento programado a los planes de mejoramiento por proceso por los responsables de éstos, lo que dificulta conocer si las acciones de mejoramiento han sido eficaces y efectivas, si el modelo de operación por procesos se ha fortalecido debido a éstas acciones y en general que se haya implementado este elemento en la entidad.

Los auditados presentan sus planes de mejoramiento producto de las auditorías internas, sin embargo, algunas acciones formuladas no permiten asegurar la efectividad de las mismas para eliminar las causas generadoras de los hallazgos, lo que dificulta la optimización de los recursos utilizados para ejecutar dichas acciones y genera la solicitud inmediata del replanteamiento de las acciones con plazos perentorios para su cumplimiento.

La entidad cuenta con un instrumento para formular planes de mejoramiento individual, no obstante, no se aplica producto de los resultados de la evaluación

del desempeño y de la evaluación de los acuerdos de gestión, por falta de la adopción, socialización y entrenamiento del instrumento, lo que dificulta conocer si los jefes o evaluadores realizan seguimientos programados a los planes de mejoramiento de los funcionarios a su cargo, las mejoras en el desempeño de los funcionarios públicos producto de estos planes y en general que se haya implementado este elemento en la entidad.

### Estado general del Sistema de Control Interno

Del análisis del resultado consolidado sobre el avance en la implementación del MECI, se puede inferir que la variación porcentual entre la vigencia 2010 y la vigencia 2011 fue de 0,22%, lo que indica que la entidad durante la vigencia 2011 no avanzó significativamente, por lo que se concluye que:

En el **Subsistema de Control Estratégico** se encuentra en un **nivel de avance del 54% que indica un incumplimiento alto**, con una baja de 12,41% respecto a la vigencia 2010, correspondiendo básicamente a que se aprobó y adoptó una nueva metodología para la administración de los riesgos que es está implementando y que presentó un adelanto del 33,2%, igualmente se aprobó y adoptó el modelo de operación por procesos lo que impactó la estructura organizacional y varió la calificación disminuyendo el porcentaje de avance del componente de direccionamiento estratégico respecto a la vigencia 2010 en 8,33%, lo que contrasta con el componente ambiente de control que ha tenido mayor desarrollo, con un aumento porcentual respecto a la vigencia 2010 de 15,83, representado básicamente en el progreso del elemento desarrollo del talento humano que pasó de tener un avance del 37,5% a 65% y del elemento estilo de dirección que pasó de tener un avance del 37% al 60%.

De otra parte, el **Subsistema de Control de Gestión** registra un **estado de avance del 77,09% que indica un incumplimiento medio**, observándose que aumento su desarrollo respecto a la vigencia 2010 en un 6,73%, relacionado fundamentalmente con el progreso obtenido en los elementos: políticas de operación que pasó de 0% al 80%, procedimientos que pasó de 0% al 75% y manual de procedimientos que pasó de 0% al 89%, mientras los elementos controles e indicadores presentaron un descenso en el avance de la implementación con respecto a la vigencia 2010 del 84% primordialmente por la falta de revisión, actualización, seguimiento y mejoramiento de dichos elementos, así como también los componentes de información y comunicación pública muestran un baja en su progreso con respecto a la vigencia 2010 del 28,67%, esencialmente por el débil seguimiento y mejoramiento de los elementos que conforman éstos componentes.

Y finalmente la evolución del **Subsistema de Control de Evaluación** que indica un **nivel de avance del 64,14%**, encontrándose que progresó incrementando su desarrollo de implementación con respecto a la vigencia 2010 en un 9,81%, referido básicamente a la aplicación de los instrumentos para realizar seguimientos bimestrales que miden la gestión del plan de acción en cada dependencia, con lo cual se logró aumentar la calificación de este componente

respecto de la vigencia 2010 en un 29%, igualmente se obtuvo la evolución del elemento planes de mejoramiento institucional y se consiguió el establecimiento de un instrumento para formular planes de mejoramiento individual, mientras el elemento evaluación independiente al sistema de control interno presentó una baja del 20% en su implementación porque aunque el Comité de Coordinación de los Sistemas de Gestión aprobó el programa anual de auditoría interna vigencia 2011, no se pudo evidenciar en todos los casos que se hayan tomado decisiones y acciones por la alta dirección, con base en los resultados y recomendaciones de las auditorías que entregó la Dirección de Control Interno, no se incluyeron auditorías de calidad y la ejecución del mismo fue del 95%, por falta de recurso humano, logístico e infraestructura necesaria para realizar las evaluación independiente a toda la entidad, puesto que dicha Dirección solamente cuenta con 4 profesionales universitarios en su planta de cargos.

De lo anterior, se concluye que a pesar del progreso en el análisis, discusión, aprobación y adopción de algunos elementos esenciales del MECI por el Comité de Coordinación de los Sistemas de Control Interno y Gestión de Calidad, frente a la vigencia anterior, la reciente adopción de estos elementos y la falta de interiorización tanto del nivel directivo como de los demás funcionarios en cuanto a la gestión por procesos, siendo lo más crítico en su progreso el componente administración de riesgos, no ha permitido que se logre una apropiada socialización, puesta en marcha y evolución de los 29 elementos del modelo y según los desarrollos de los tres subsistemas el **resultado final para la entidad en el avance de la implementación del MECI es del 65,21% mostrando un incumplimiento medio** que frente al puntaje obtenido en la vigencia 2010 aumentó en un 0,22%, calificación actual que conforme a los rangos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública para emitir el concepto de MECI de la vigencia 2011, indica que de acuerdo a la información suministrada por la entidad, **el modelo muestra un buen desarrollo, pero requiere mejoras en algunos aspectos.**

### Recomendaciones

De acuerdo con los resultados obtenidos tanto en las evaluaciones y seguimientos realizados por la Dirección de Control Interno, como en la aplicación de la evaluación independiente y autoevaluación realizada por el Equipo Técnico de los Sistemas de Gestión y los líderes de los procesos, esta Dirección recomienda en general:

Fortalecer el compromiso de la entidad con los sistemas de control interno, gestión de calidad y desarrollo administrativo y la capacidad del nivel directivo para visualizar en estas herramientas gerenciales, un mecanismo de alto nivel de autoprotección en la gestión administrativa de la entidad, que le permita cumplir con eficacia, eficiencia, economía y transparencia sus actuaciones y esencialmente orientarlas al correcto manejo de los recursos públicos.

Realizar un análisis individual y exhaustivo de cada uno de los subsistemas, componentes y elementos que lo conforman, en el cual se hace necesario

determinar los siguientes aspectos:

- Estándares de control que lo conforman.
- Grado de efectividad de estos estándares de control.
- Políticas bajo las cuales deben definirse los ajustes.
- Directrices que deben tener en cuenta los equipos de trabajo al establecer sus planes de acción.
- Ajustes a nivel integral del Sistema de Control Interno, los cambios, adaptaciones o complementos que deben ser realizados.
- Componentes y elementos de control que deben ser implementados.
- Prioridades en la implementación.
- Estimación de los recursos financieros, logísticos y de personal requeridos para implementar lo que falta del MECI.

Efectuar con el resultado del análisis de los anteriores aspectos un informe, el cual se recomienda presentar por el Representante de la Dirección para los Sistemas de Gestión al Comité de Coordinación del Sistema de Control Interno y Gestión de Calidad, para que se determine el grado de implementación y adaptaciones que se realizarán al Sistema de Control Interno. Además, se recomienda definir los objetivos y alcances del trabajo y comunicarse de manera formal y detallada al nivel directivo y al equipo técnico de los sistemas de gestión, con el fin de que se proceda con la elaboración del plan de ajuste e implementación.

Así mismo, se recomienda que la entidad fortalezca los grupos de trabajo institucional conformados de acuerdo a los diferentes niveles de autoridad, responsabilidad y de los resultados que se esperan de ellos frente al Sistema de Control Interno, para garantizar la implementación, implantación y mantenimiento del Modelo Estándar de Control Interno en la Administración Central de Santiago de Cali; a fin de evaluar posteriormente su gestión.

De otra parte, esta Dirección recomienda específicamente para cada componente lo siguiente:

#### **AMBIENTE DE CONTROL:**

Establecer los compromisos éticos a nivel de todos los procesos de la entidad y evaluar la eficacia y efectividad de los mecanismos utilizados para la difusión y socialización del documento ético, con el fin de lograr que se interioricen los principios y valores éticos por parte de los servidores públicos.

Identificar las investigaciones disciplinarias relacionadas con las faltas éticas del funcionario público, con el fin de conocer con qué principios, valores y/o directrices éticas se relacionan dichas investigaciones y cuántas son.

Realizar una apropiada socialización y aplicación de las políticas de operación del Proceso Gestión del Talento Humano en la Administración Central del Municipio de Santiago de Cali, con el fin de generar la implementación, seguimiento y

establecimiento de acciones correctivas o de mejora de éstas.

Aplicar el ciclo de mejoramiento (planear, hacer, verificar y ajustar) al plan institucional de capacitación de acuerdo con los PAE aprobados y priorizados, con el fin de ser eficaces y efectivos en la ejecución de las actividades planificadas, que de acuerdo con las necesidades identificadas se requieren llevar a cabo en los procesos de inducción y re-inducción de la entidad.

Aplicar el ciclo de mejoramiento (planear, hacer, verificar y ajustar) al plan de incentivos, con el fin de generar motivación de los empleados, aumentar la participación de los equipos de trabajo y ser eficaces y efectivos en la ejecución de las actividades que se requieren para desarrollar la exaltación y reconocimiento de los funcionarios que se han destacado en la realización de sus labores siendo los mejores de la entidad.

Establecer mecanismos y ejecutar acciones que impacten el clima laboral con respecto al mantenimiento de la variable estilos de dirección y al mejoramiento de las variables ambiente de trabajo (infraestructura) y administración del talento humano, para que contribuyan en la implementación de los procesos en la entidad bajo el esquema que plantean los sistemas de control interno y gestión de calidad.

Asegurar que en para la concertación de los compromisos laborales de los empleados de carrera administrativa, los evaluadores y los evaluados incluyan al menos un compromiso referente a la aplicación, mejora y mantenimiento de los sistemas de control interno, gestión de calidad y desarrollo administrativo en el puesto de trabajo, de acuerdo con el proceso en el que participan y las funciones del empleo.

Adoptar, socializar, entrenar e implantar el instrumento para establecer planes de mejoramiento individual, producto de la evaluación del desempeño de los empleados de carrera administrativa, con el fin de generar acciones preventivas y/o correctivas que evidencien la mejora continua del funcionario público en los procesos y en el área.

Revisar, ajustar de ser necesario y aplicar el Código de Buen Gobierno, que permita reconocer la forma adoptada por el Nivel Directivo para guiar u orientar las acciones de la Entidad.

Desarrollar lo señalado en los Decretos de adopción de productos como el modelo de operación por procesos, del manual de calidad, de las políticas de operación del talento humano, mejora continua y control interno, efectuando la asignación de grupos de trabajo, divulgación, aplicación, verificación, control, seguimiento, análisis, medición, mejora y mantenimiento tanto de los procesos como de los sistemas de gestión y efectuar el entrenamiento necesario para que los funcionarios públicos ejecuten los mismos, con el fin de generar la apropiación, desarrollo, implementación y fortalecimiento de los sistemas de control interno,

gestión de calidad y desarrollo administrativo.

Adoptar, socializar, entrenar e implantar el instrumento para establecer planes de mejoramiento individual, producto del seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión de los gerentes públicos que los suscriben, con el fin de generar acciones correctivas, preventivas o de mejora que evidencien el mejoramiento continuo de la gestión por áreas e institucional.

Establecer la medición del índice de transparencia, con el fin de determinar si se han presentado cambios favorables de la medición realizada en el 2012 con relación a los resultados obtenidos en la del 2011.

Desarrollar acciones que contribuyan a la atención oportuna, con calidad y dentro de los términos de ley de los PQR relacionados con la prestación del servicio, con el fin de que disminuyan el porcentaje de peticiones, quejas y reclamos respecto a la vigencia 2011.

#### **DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO:**

Generar la planificación para el desarrollo institucional, cumpliendo con los parámetros establecidos por los sistemas de control interno, gestión de calidad y desarrollo administrativo, con el fin de contribuir en la ejecución de la operación de los procesos y generar un sistema de gestión que muestre mejoras en algunos aspectos de la planificación con una mirada hacia al cliente interno.

Definir y establecer los instrumentos que permitan medir el impacto que ha tenido la implementación del MECI, que permita dar respuesta a interrogantes como si con la implementación del MECI se ha mejorado la ejecución presupuestal tanto de funcionamiento como de inversión.

Efectuar un análisis de cargas de trabajo que refleje las reales necesidades organizacionales para definir los perfiles de los empleos a proveer de acuerdo con los requerimientos del modelo operativo por procesos, para que contribuya en la implementación de los sistemas de control interno, gestión de calidad y desarrollo administrativo y la gestión por procesos.

Implementar las estrategias y mecanismos necesarios para que el modelo de operación por procesos aprobado y adoptado por la entidad, sea entendido y aplicado por todos los funcionarios, para que se puedan ejecutar las operaciones, realizar el seguimiento, evaluación y comunicación de los mismos.

Revisar y ajustar el manual específico de funciones y de competencias laborales de acuerdo con los requerimientos del modelo operativo por procesos de la Administración Central Municipal de Santiago de Cali, para que no se genere sobrecarga laboral, incumplimiento de funciones, extralimitación de funciones y dificultad en la implementación de los sistemas de gestión.

Revisar y ajustar la estructura organizacional, teniendo en cuenta la gestión por procesos integral y articuladamente con los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de autoridad y responsabilidad establecidos en la misma, con el fin de contribuir al logro de los objetivos del modelo de operación por procesos adoptado y la toma de decisiones en la ejecución de los mismos.

Establecer estrategias y mecanismos para que los funcionarios entiendan su participación en los procesos en el ejercicio de las funciones de su cargo y de su nivel jerárquico, teniendo en cuenta las inconsistencias que se presentan en los manuales de funciones y la desarticulación que existe entre éste y el modelo de operación por procesos, con el fin de generar la apropiación de los sistemas de gestión y la implementación de una gestión por procesos en la entidad.

#### **ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS:**

Implementar estrategias y mecanismos que permitan lograr la apropiación y aplicación por parte de los funcionarios del componente de administración de riesgos de acuerdo con la nueva metodología, con el fin de generar facilidad para que los líderes de los procesos y sus equipos de trabajo contribuyan en la identificación y administración de los factores de riesgos, se consiga la construcción de los mapas de riesgos de todos los procesos, se alcance a responder ante posibles eventos que puedan llegar a impedir el cumplimiento de los objetivos institucionales y se pueda determinar el mapa de riesgos institucional.

Determinar estrategias y mecanismos para divulgar, socializar e implementar el componente de administración de riesgos, con el fin de dar a conocer permanentemente las actualizaciones de los mapas de riesgos por proceso, que se pueda hacer seguimiento a la efectividad de los controles de los riesgos identificados, que se realice la revisión de los lineamientos con respecto al tratamiento de los riesgos, la verificación del cumplimiento de las políticas de administración del riesgo y poder conocer si se ha contribuido a disminuir el número de hallazgos de la Contraloría y la materialización del riesgo en la vigencia 2012.

Revisar y evaluar el impacto que tiene la ejecución de las acciones realizadas por la Dirección de Control Interno en cuanto a fomentar la cultura del control en los funcionarios, con el fin de conocer si se ha fortalecido la aplicación de la administración del riesgo en la entidad con el desarrollo de dichas acciones.

#### **ACTIVIDADES DE CONTROL:**

Socializar adecuadamente las políticas de operación del talento humano, mejora continua y control interno, con el fin de generar su implementación y la aplicación de las directrices por los funcionarios de la entidad a los que les aplica, en cumplimiento de los objetivos institucionales.

Determinar las estrategias y mecanismos para lograr que los funcionarios desarrollen el 100% de sus actividades de acuerdo con los procedimientos que se encuentran documentados, con el fin de contribuir en la implementación y mejora de los sistemas de gestión y facilitar el desarrollo de la gestión por procesos.

Aplicar los controles preventivos que contribuyan a que los riesgos no se materialicen y que de materializarse, éstos permitan reducir el impacto y restablecer el servicio rápidamente.

Implementar los planes de control de cada proceso y realizar seguimiento a las actividades de control previstas en dichos planes, con el fin de poder corregir a tiempo situaciones que puedan generar incumplimiento de los objetivos de los procesos o barreras en la ejecución de los procedimientos.

Realizar la revisión de los indicadores de gestión y ajustar los indicadores de los procesos, teniendo en cuenta su oportunidad, finalidad, claridad y practicidad, con el fin de facilitar la evaluación de los factores críticos y la gestión de los procesos, para mejorar su aplicación, utilidad y la formulación del nuevo plan de desarrollo y plan de acción para la vigencia 2012 de cada dependencia en la entidad y facilitar la toma de decisiones que permita generar acciones preventivas y correctivas.

Establecer estrategias y mecanismos que generen en todos los funcionarios, una cultura de consulta del manual de procesos y procedimientos para conocer cuáles son las operaciones, actividades y/o tareas de su responsabilidad y cómo se deben ejecutar, con el fin de facilitar la aplicación de mejoras a lo que se encuentra documentado y que la ejecución de sus operaciones cumpla con la estandarización establecida en el manual de procedimientos.

### **INFORMACIÓN:**

Clasificar la información primaria teniendo en cuenta las necesidades de operación de la entidad, con el fin de facilitar que el análisis de la información recibida de la ciudadanía y partes interesadas se utilice para obtener información sobre las necesidades y prioridades en la prestación del servicio.

Generar estrategias y aplicar mecanismos que con base en la gestión documental, se logre la apropiación de la operación por procesos, con el fin de facilitar la implementación de una tabla de retención documental que refleje el 100% de la gestión por procesos.

Atender con oportunidad y calidad las peticiones, quejas, reclamaciones o recursos, que se registran por el aplicativo QAP, con el fin de que no se generen investigaciones disciplinarias, inconformidades por la comunidad, cliente interno y partes interesadas y deterioro de la imagen de la entidad.

Implementar el sistema de gestión documental ORFEO en toda la entidad, con el fin de que se unifique el manejo de la información en un sistema automatizado, que facilite la búsqueda de la información a nivel institucional.

Determinar las estrategias y mecanismos para que el análisis de la información recibida de la ciudadanía, cliente interno y partes interesadas sea utilizado en la para formular acciones preventivas, correctivas y de mejora, con el fin de facilitar el conocer si la retroalimentación con el cliente interno ha contribuido para la mejora de los procesos.

Implementar políticas para la adquisición de software y hardware, que permitan la integración de los sistemas de información en la entidad, que logré tener un sistema de información gerencial integrado, que permita la toma de decisiones oportuna y acertada.

### **COMUNICACIÓN PÚBLICA:**

Realizar la revisión y verificación de la funcionalidad de la implementación del plan de comunicación (canales de comunicación tanto internos como externos), con el fin de garantizar su efectividad, efectuar ajustes al mismo de ser necesario y que fluya la información tanto descendente como ascendente y transversal para que contribuya al logro de los objetivos institucionales.

Establecer estrategias y mecanismos que permitan contar con un sistema de información a los funcionarios públicos para visualizar y consultar de manera ágil, sencilla y didáctica los procesos que le competen, con el fin de generar interés y apropiación por parte de los funcionarios para la ejecución de la gestión por procesos.

Generar un adecuado proceso de retroalimentación de acuerdo con las sugerencias o recomendaciones que realizan los servidores públicos como clientes internos, con el fin de facilitar la implementación de mejoras en los procesos.

Determinar estrategias y mecanismos que permitan realizar una medición de la calidad del servicio, que sirva para la retroalimentación y el mejoramiento de los servicios y/o productos prestados a la comunidad, con el fin de facilitar la aplicación de acciones correctivas y preventivas en los procesos.

Disponer de un espacio adecuado y acondicionado para la atención al usuario, con el fin de facilitar el acceso a la información generada por la entidad y la satisfacción de la comunidad en la prestación del servicio.

Mejorar el mecanismo dispuesto por la entidad para realizar consultas de normatividad en la página web, en cuanto a su estructura, modo de búsqueda y

actualización de la información, con el fin de facilitar la consulta de las normas por parte de la comunidad.

Establecer estrategias y mecanismos para realizar el proceso de audiencia pública de rendición de cuentas conforme a la metodología expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y adoptada por la Administración Central Municipal, con el fin de generar participación de la comunidad en el proceso, aplicar el principio de transparencia y obtener el reconocimiento por parte de la ciudadanía.

### **AUTOEVALUACIÓN:**

Realizar la autoevaluación del control periódicamente y asignar los recursos necesarios para lograr que el 100% de los líderes de los procesos, subprocesos y procedimientos apliquen el autocontrol, con el fin de generar un adecuado ambiente de control para la gestión por procesos y que las acciones de mejora producto de la autoevaluación del control hayan fortalecido el funcionamiento del control interno y el conocimiento del mismo por parte de los funcionarios públicos.

Generar evidencias de las decisiones que se toman por parte de la entidad, basadas en los resultados de la evaluación a la gestión, con el fin de tener la trazabilidad de las mejoras en la gestión por procesos e institucional.

Efectuar el seguimiento a los factores críticos de éxito identificados en los procesos de la entidad, la medición de los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad de la gestión y de los procesos de manera periódica y estandarizada, con el fin de facilitar el monitoreo al cumplimiento de los objetivos de los procesos e institucionales y tener los resultados de la gestión en tiempo real.

Llevar a cabo el seguimiento al cumplimiento de las acciones de mejoramiento, con el fin de conocer si han sido eficaces, eficientes y efectivas y se ha fortalecido con la autoevaluación de la gestión, la consecución de las metas de los procesos e institucionales.

### **EVALUACIÓN INDEPENDIENTE:**

Generar evidencias en todos los casos en que se tomen decisiones y acciones por la alta dirección, basadas en los resultados y recomendaciones de las auditorías que realice la Dirección de Control Interno.

Fortalecer la Dirección de Control Interno por cuanto el talento humano, logístico e infraestructura con el que se cuenta no es suficiente para realizar la evaluación independiente a toda la entidad, puesto que solamente cuenta con 4 profesionales universitarios en su planta de cargos y la Administración Central Municipal tiene adoptado un modelo de operación por procesos conformado por: 11 macroprocesos, 44 procesos y 433 procedimientos, con una estructura

organizacional de 16 dependencias y 7 oficinas de asesoría, con aproximadamente 10.000 servidores públicos, considerando que la Secretaría de Educación tiene a su cargo 91 Instituciones Educativas, con el fin de aumentar la cobertura del programa anual de auditoría interna y el cumplimiento del 100% de dicho programa, que permita monitorear periódicamente la entidad para asegurar que se implemente el Sistema de Control Interno.

**PLANES DE MEJORAMIENTO:**

Determinar estrategias y mecanismos que permitan que las acciones formuladas en los planes de mejoramiento sean suficientes, se cumplan en el 100% y sean efectivas frente a los hallazgos encontrados por los órganos de control, con el fin de facilitar la implementación de los sistemas de gestión en la entidad y no generar reincidencias frente a los hallazgos.

Establecer los planes de mejoramiento por proceso, producto de la evaluación del control y de la evaluación a la gestión que realizan los responsables de procesos y realizar un seguimiento programado, con el fin de conocer si las acciones de mejoramiento han sido eficaces y efectivas, si el modelo de operación por procesos se ha fortalecido debido a estas acciones y en general si se ha implementado este elemento en la entidad.

Implantar estrategias que permitan que los funcionarios apliquen los instrumentos que se tienen adoptados por la entidad, para identificar adecuadamente las causas generadoras de los hallazgos y formular las acciones que permitan asegurar la efectividad de las mismas para eliminar los hallazgos o no conformidades presentadas tanto por el órgano de control externo como por control interno, con el fin de optimizar los recursos utilizados para ejecutar dichas acciones y no tener que generar solicitud de replanteamiento de las acciones con plazos perentorios para su cumplimiento.

Realizar por los evaluadores seguimientos programados a los planes de mejoramiento individual de los funcionarios a su cargo, así como también a los gerentes públicos, con el fin de conocer las mejoras en el desempeño tanto de los funcionarios públicos como de los gerentes públicos producto de estos planes y en general si se ha implementado este elemento en la entidad.

<b>Diligenciado por:</b>	<b>CARLOS ALFONSO SALAZAR SARMIENTO</b>	<b>Fecha:</b>	<b>27/02/2012 05:08:50 p.m.</b>
<b>Revisado por:</b>	<b>RODRIGO GUERRERO VELAZCO</b>	<b>Fecha:</b>	<b>27/02/2012 05:11:18 p.m.</b>
<b>Aprobado por:</b>	<b>RODRIGO GUERRERO VELAZCO</b>	<b>Fecha:</b>	<b>27/02/2012 05:17:00 p.m.</b>