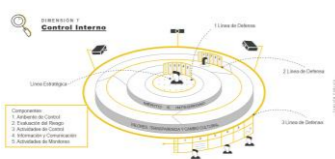


Nombre de la Entidad:	AREA METROPOLITANA DE BUCARAMANGA
Periodo Evaluado:	DEL 01 DE ENERO AL 30 DE JUNIO DE 2024



Estado del sistema de Control Interno de la entidad

78%

Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno

¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (Si / en proceso / No) (Justifique su respuesta):	En proceso	En su mayoría los componentes se encuentran implementados, no obstante se requiere mayor intervención por parte de la Alta Dirección. Se encuentra desmejoría en el sistema de control interno del AMB, desde los 3 últimos informes, principalmente en los componentes Ambiente de Control, Evaluación de Riesgos y Actividades de Control.
¿Es efectivo el sistema de control interno para los objetivos evaluados? (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	El sistema de control interno es parcialmente efectivo. Actualmente la entidad solo cuenta con dos procesos estratégicos, la autoridad de transporte metropolitano y la gestión catastral. La gestión catastral arroja resultados deficientes en su gestión con una gran cantidad de trámites retrasados. La planeación institucional y sus metas presentan incertidumbre por diversos cambios en sus metas y forma de adopción, así como la certeza de cumplimiento del documento original PIDM. La entidad cumple con sus objetivos, no de forma certera en este semestre; adicional, se ha perdido de forma definitiva la competencia como autoridad ambiental metropolitana, lo que reduce aun más el impacto que debería tener una entidad con alcance de Área Metropolitana. De igual modo, en la línea de obras de infraestructura acumula tiempo sin realizar obras civiles. Se requiere que la entidad aporte una mayor gerencia pública interesada en la implementación del modelo estándar de control interno.
La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una institucionalidad (líneas de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control (Si/No) (Justifique su respuesta):	Si	Se encuentran definido y adoptado el esquema de líneas de defensa en el marco de MIPG; sin embargo, en general, los trabajadores desconocen el concepto de MIPG y el alcance y funcionamiento de las líneas de defensa. Se requiere de permanente capacitación en MIPG. Los comités institucionales cumplen con sus funciones aportando asesoramiento, control, y consolidando información clave para la gestión y direccionamiento de la entidad. La entidad cuenta con procedimientos establecidos, formatos y manuales, códigos, reglamentos, administrados por la Oficina Asesora Corporativa como segunda línea de defensa; no obstante, la implementación del sistema de gestión de calidad es básica. Además, deben fortalecerse los mecanismos de evaluación, presentación de informes de gestión y líneas de reporte para asegurar una adaptación eficiente a los cambios organizacionales y mejorar la estabilidad y desempeño de la entidad en el corto, mediano y largo plazo. La Oficina de Control Interno cumple con su rol de evaluación independiente y tercera línea de defensa aportando recomendaciones a través de informes de auditoría interna, participando en comités institucionales y mediante informes de seguimiento normativo.

Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y/o Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	78%	El Área Metropolitana de Bucaramanga se ha comprometido con la implementación y ejecución de buenas prácticas de seguridad y privacidad de la información. Para ello, ha adoptado el Modelo Integrado de Gestión (MIG), la política de Gobierno Digital, y la política de seguridad digital, incluyendo el Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. Además, la entidad ha publicado su política de protección de datos en su página web y ha implementado los avisos de privacidad correspondientes. El AMB ha adoptado el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y Comunicación (PETIC), y el Comité de Coordinación de Control Interno, ha reconocido tanto la existencia como la adopción de este plan. No obstante, se ha identificado una deficiencia tecnológica significativa debido a la obsolescencia de los equipos informáticos. Durante la auditoría al área de tecnología, se encontraron áreas técnicas que requieren modernización y mejora en la capacidad tecnológica. A pesar de las recomendaciones realizadas en 2022 y la implementación del PETIC en 2023 y 2024, la entidad aún necesita invertir más recursos en tecnología informática para alcanzar un nivel adecuado de seguridad y eficiencia operativa. Aunque el AMB ha avanzado en la implementación de políticas y planes de seguridad y privacidad de la información, es crucial que destine mayores recursos para la modernización tecnológica y la renovación de equipos informáticos. Solo así podrá garantizar una gestión efectiva y segura de la información, cumpliendo con los estándares y expectativas de seguridad digital contemporánea. A pesar que el AMB ha establecido las líneas de defensa necesarias para una adecuada gestión organizacional, existe una deficiencia significativa en la comunicación de estas estructuras. En general los trabajadores desconocen el concepto de MIPG en relación con las líneas de defensa. La falta de comunicación efectiva y el desconocimiento por parte de los miembros del comité y los servidores representan un riesgo significativo para la implementación y el cumplimiento del MIPG. Es crucial mejorar la difusión y comprensión de este modelo para asegurar su efectividad y fortalecer la gestión organizacional. La oficina de Talento Humano del AMB ha implementado un formato que los supervisores de cada contrato deben diligenciar para evaluar los productos y servicios en los cuales participan los contratistas de apoyo. No obstante, la entidad solo cumple parcialmente con las metas establecidas en los planes institucionales. El comité de control interno está al tanto de los procedimientos para evaluar el cumplimiento de las obligaciones de los contratistas de apoyo y ha analizado las situaciones de falta de compromiso. Al mismo tiempo, se ha identificado un incumplimiento por parte de la entidad en los pagos a los contratistas, debido a un déficit de flujo de efectivo, lo cual, ha sido observado de forma preventiva a los miembros del Comité de Coordinación del Control Interno por parte de la OCL. El cumplimiento parcial de las metas institucionales y los problemas de flujo de efectivo que afectan los pagos a los contratistas representan riesgos significativos para la eficiencia operativa y el cumplimiento de los objetivos del AMB. Es necesario abordar estas deficiencias para asegurar una gestión más efectiva y sostenible. El Área Metropolitana de Bucaramanga ha establecido metas y actividades definidas para todos sus procesos, detalladas en diferentes planes para la vigencia, con fechas y responsables asignados. Se han implementado reportes de informes en el marco del comité directivo y con la participación del asesor corporativo. Sin embargo, en el primer trimestre de 2024, no se logró realizar el seguimiento al plan de acción debido a la incertidumbre en la planificación de las metas. Además, se presentan informes cuatrimestrales sobre el mapa de riesgos y el Plan Anticorrupción, así como los resultados de las auditorías de gestión y demás seguimientos normativos. Aunque el AMB ha implementado un sistema robusto de planificación y seguimiento para sus procesos, la falta de seguimiento al plan de acción en el primer trimestre de 2024 debido a la incertidumbre en la planificación de metas representa un riesgo significativo. Es crucial mejorar la certeza en la planificación y asegurar la continuidad del seguimiento para cumplir con los objetivos institucionales y mantener la eficiencia operativa. La entidad mantiene control sobre las responsabilidades mediante el manual de funciones y requisitos. Sin embargo, el sistema de gestión de calidad presenta debilidades significativas. A pesar de estar implementado, no se gestiona de manera integral, sino a través de procedimientos diseñados principalmente para subsanar debilidades encontradas, en lugar de una gestión proactiva del sistema. El comité, de manera eventual, identifica la necesidad de evaluar la estructura de control de la entidad, especialmente a partir de cambios en los procedimientos. Con la pérdida de la autoridad ambiental metropolitana, el comité ha considerado la implementación de cambios en procesos y procedimientos, aunque estos se encuentran en revisión actual. La Oficina de Control Interno ha emitido recomendaciones respecto a la situación derivada de la pérdida de la competencia como autoridad ambiental. En conclusión, aunque la entidad tiene mecanismos para controlar responsabilidades, la gestión de calidad es deficiente y reactiva. La revisión y adaptación de procesos y procedimientos, especialmente tras la pérdida de la autoridad ambiental, son cruciales. Es necesario fortalecer la gestión del sistema de calidad de manera integral para asegurar la eficiencia y cumplimiento de los objetivos institucionales. La entidad es consistente en la remisión de todos los informes de la Oficina de Control Interno al Comité Institucional de Control Interno. No obstante, se observa una deficiencia significativa en la evaluación del impacto de estos informes en la mejora de la entidad. Aunque los informes resultantes de seguimientos y auditorías internas son reportados al comité y a partir de ellos se constituyen planes de mejoramiento, este proceso se realiza como un procedimiento formal, sin la intervención activa del comité para evaluar y asegurar que estas acciones contribuyan efectivamente a la mejora de la entidad. En resumen, aunque la entidad cumple con la remisión de informes y la creación de planes de mejoramiento, la falta de evaluación del impacto de estos informes y la limitada intervención del comité en estos procesos representan un riesgo para la mejora continua de la entidad. Es esencial que el comité asuma un rol más proactivo en la evaluación y seguimiento de las acciones de mejora para asegurar la eficacia y eficiencia operativa.	90%	Debilidad: Se mantienen las debilidades en la construcción de PETIC, principalmente dado que la entidad adolece de falta de recursos para inversión. La entidad no realiza actualizaciones en la infraestructura tecnológica de la entidad. Por otra parte, la entidad presenta incertidumbre frente al cumplimiento las metas de su Plan Institucional de Desarrollo Metropolitano. Fortaleza: La entidad cuenta con un profesional encargado del talento humano factor de mayor relevancia en MIPG, no obstante, se deben mejorar los procesos de entrega de cargos. Se suscriben planes de mejoramiento de forma oportuna, a partir de los informes de auditoría interna.	-12%
Evaluación de riesgos	Si	78%	La entidad cuenta con un Plan de Acción para la vigencia 2024, alineado parcialmente con el Plan Integral de Desarrollo Metropolitano (PIDM), el cual detalla actividades y metas. Sin embargo, mientras que los objetivos de los procesos están establecidos, los objetivos operativos no están claramente definidos. Existe incertidumbre respecto al grado de avance en el cumplimiento del PIDM, actualmente en su octavo año de vigencia de un total de diez años. El comité de control interno está informado del Plan de Acción aprobado para 2024 y se han realizado ajustes durante el primer semestre. No obstante, debido a incongruencias en la formulación del plan, no fue posible hacer un seguimiento efectivo del avance durante el primer trimestre del año. Esto genera incertidumbre sobre el progreso hacia los objetivos del PIDM, lo que requiere una revisión y ajuste del plan para asegurar un avance medible y efectivo en los próximos años. A pesar de esto, las metas del Plan de Acción fueron ajustadas para el segundo trimestre. En resumen, aunque se realiza un seguimiento trimestral del Plan de Acción, la falta de congruencia con el PIDM, la ausencia de objetivos estratégicos y las debilidades en la formulación del plan han impedido una evaluación efectiva de su progreso. Es necesario fortalecer la planificación y la formulación de metas para asegurar un avance coherente y medible hacia los objetivos estratégicos de la entidad. Se conoce igualmente, que se han realizado modificaciones al PIDM, retrasando metas que resultaban prácticamente imposibles de cumplir. Estas metas originales fueron diseñadas considerando la dimensión de la autoridad ambiental, cuya validez fue anulada en noviembre de 2023. El caso es, que, existe incertidumbre frente a la existencia de un PIDM que debe adoptar el AMB por Ley 1625 de 2013, tras la adopción de un Plan Estratégico de Mediano Plazo al certificarse la entidad como EAT. La Oficina de Control Interno realiza un seguimiento trimestral de la ejecución del Plan de Acción 2024 de la entidad. Durante este seguimiento, se han señalado observaciones críticas sobre la debilidad en la formulación de metas e indicadores del plan. Como consecuencia de estas debilidades, no fue posible realizar un seguimiento adecuado al cierre del primer trimestre del año. En resumen, aunque se están tomando medidas para ajustar y mejorar las metas del PIDM y se realiza un seguimiento periódico del Plan de Acción, persisten debilidades en la formulación de las metas e indicadores, requeridos para garantizar el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la entidad. La gestión del riesgo dentro de la entidad presenta deficiencias notables en cuanto a su revisión y análisis por parte de la Alta Dirección. Aunque los resultados del seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) y al mapa de riesgos son remitidos a los directivos de las diferentes subdirecciones, la OCL ha constatado que la Alta Dirección no analiza de manera regular estos resultados. Además, en los casos donde se llega a materializar algún riesgo, no se observa un análisis detallado y sistemático por parte de la Alta Dirección. Esta falta de revisión y análisis integral puede comprometer la capacidad de la entidad para gestionar eficazmente los riesgos, afectando negativamente la toma de decisiones estratégicas y la implementación de medidas correctivas oportunas. Aunque tanto el Asesor Corporativo como la Oficina de Control Interno proporcionan reportes detallados sobre los resultados de evaluación del riesgo, la Alta Dirección no realiza mayores pronunciamientos sobre las condiciones de los riesgos y su pertinencia. Esta falta de pronunciamiento y análisis crítico por parte de la Alta Dirección compromete la capacidad de la entidad para identificar, mitigar y gestionar eficazmente los riesgos. Sin un enfoque proactivo y una revisión constante, los riesgos pueden materializarse sin que se hayan implementado las medidas correctivas necesarias, lo cual podría afectar la estabilidad y el desempeño general de la entidad. Es crucial que la Alta Dirección adopte un rol más activo en la evaluación y gestión de los riesgos, asegurando que se realicen pronunciamientos adecuados y que se tomen acciones pertinentes para mitigar los riesgos identificados. La gestión de deficiencias y dificultades en la entidad por parte de la Alta Dirección se basa en los informes recibidos. Estas gestiones tienden a ser correctivas y no se formalizan como controles dentro del sistema de control interno; tales correctivos se manejan como actividades aisladas. La Oficina de Control Interno ha constatado que la Alta Dirección interviene raramente en la evaluación de fallas en los controles, limitándose a revisar los resultados de los informes únicamente cuando se materializa un riesgo. En conclusión, es esencial que la Alta Dirección adopte un enfoque más proactivo y sistemático en la gestión y formalización de controles dentro del sistema de control interno. Además, deben fortalecerse los mecanismos de evaluación, presentación de informes de gestión y líneas de reporte para asegurar una adaptación eficiente a los cambios organizacionales y mejorar la estabilidad y desempeño de la entidad en el largo plazo.	88%	Debilidad: La entidad realiza seguimiento con periodicidad trimestral al la ejecución del Plan de acción, no obstante, el plan de acción no corresponde en su totalidad con el plan estratégico de la entidad, tampoco cuenta con objetivos estratégicos definidos. El instrumento mapa de riesgos requiere ajustes en la metodología de formulación bajo recomendaciones de la Oficina de Control Interno. Es importante que la Alta Dirección analice con mayor frecuencia los resultados de los seguimientos e informes, especialmente en la probabilidad de materialización de algún riesgo. Fortaleza: La entidad construye y adopta la estrategia anticorrupción y particularmente el mapa de riesgos de gestión, corrupción y fiscales, de acuerdo a la metodología impartida normalmente.	-10%
Actividades de control	Si	65%	La revisión del sistema de gestión de calidad por parte de la Alta Dirección no tiene un impacto significativo en su direccionamiento estratégico. La Oficina de Control Interno ha confirmado que la entidad cuenta con procedimientos establecidos, formatos y manuales, administrados por la Oficina Asesora Corporativa como segunda línea de defensa del sistema de calidad. No obstante, la implementación del sistema de gestión de calidad es básica y, en algunos aspectos, débil. Para mejorar el sistema de gestión de calidad, es crucial que la Alta Dirección asuma un rol más activo y estratégico en su direccionamiento. Además, se debe fortalecer la implementación del sistema, asegurando que los procedimientos y manuales establecidos se apliquen de manera efectiva y robusta. Esto permitirá a la entidad alcanzar un mayor nivel de excelencia y asegurar la mejora continua en sus operaciones. La Oficina de Control Interno confirma que la entidad ha establecido actividades de control relevantes sobre la infraestructura tecnológica y ha adoptado la Política General del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información. Sin embargo, se han identificado debilidades significativas en el nivel de capacidad de los equipos de cómputo, incluidos los servidores. Para mantener la eficacia y seguridad de los procesos de la entidad, es crucial actualizar la tecnología informática de acuerdo con el crecimiento y el volumen de operaciones. La modernización de la infraestructura tecnológica es esencial para garantizar que la entidad pueda manejar sus procesos de manera eficiente y segura, y para evitar posibles riesgos asociados con la obsolescencia tecnológica. La entidad no cuenta con una política de operaciones definida. Sin embargo, a través de la Oficina Asesora de Gestión Corporativa, se han establecido formatos para cambios y actualizaciones de los manuales y procedimientos establecidos por Calidad. La OCL ha recomendado la necesidad de gestionar de forma permanente y dedicada la actualización de procesos, procedimientos, políticas de operación, instructivos, manuales y otras herramientas. Esta gestión es crucial para garantizar la aplicación adecuada de las principales actividades de control y asegurar que las operaciones de la entidad se realicen de manera eficiente y conforme a las normativas vigentes. La implementación de estas recomendaciones fortalecerá el sistema de control interno y contribuirá a una mejor gestión organizacional. La evaluación de la eficacia de los controles en los procesos de la entidad se limita principalmente a la revisión de informes de auditoría y reportes generales, sin dedicar espacios específicos para evaluar su adecuación en cada proceso. Esta falta de evaluación detallada y específica puede comprometer la efectividad de los controles implementados, generando riesgos potenciales en la gestión operativa y el cumplimiento de los objetivos institucionales. La Oficina de Control Interno ha señalado reiteradamente la necesidad de desarrollar planes de mejora, especialmente en relación con la adecuada implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) y el Modelo Estándar de Control Interno (MECI), específicamente en la dimensión 7. Es crucial que la entidad priorice la creación de espacios dedicados para la evaluación continua y específica de los controles, con el objetivo de garantizar su efectividad y adecuación en cada proceso. Implementar estos planes de mejora y fortalecer la revisión detallada de los controles contribuirá a una gestión más robusta y eficiente, asegurando que los procesos se alineen adecuadamente con los estándares y objetivos establecidos.	73%	Debilidad: La entidad no evalúa la necesidad de actualización de procesos, procedimientos y políticas de operación, salvo por las recomendaciones establecidas a través de la tercera línea de defensa. La entidad tiene debilidad frente a la capacidad de los equipos de cómputo como los servidores con que cuenta la entidad, por lo que se requiere de actualización de tecnología informática. Se encuentran múltiples predios afectados por la declaración de utilidad pública de parte del AMB para la realización de obras de infraestructura que no han sido desarrollados. Fortaleza: La entidad cuenta mapa de riesgos, el cual cuenta con seguimientos cuatrimestrales.	-8%

Información y comunicación	Si	84%
Monitoreo	Si	88%

El Comité de Control Interno está al tanto de la disponibilidad del inventario de activos de información en la página web de la entidad, pero no ha tomado posición sobre su gestión. Esta falta de pronunciamiento puede indicar una brecha en la supervisión y el control de los activos de información, lo que podría afectar la integridad y disponibilidad de los datos críticos para la operación de la entidad. La entidad ha desarrollado el Plan Estratégico de Tratamiento de Información y Ciberseguridad (PETIC) 2024, que establece directrices para mantener la integridad y disponibilidad de los datos. Sin embargo, el PETIC enfrenta un desafío significativo: la falta de financiamiento necesario para su implementación completa. La Oficina de Control Interno, en su auditoría de 2022, identificó debilidades tecnológicas en las áreas de conservación, integridad y disponibilidad de los datos, atribuibles en gran medida a la insuficiencia de recursos económicos para llevar a cabo actividades de control informática. Es esencial que el Comité de Control Interno tome medidas activas para abordar la gestión de los activos de información y asegurar la adecuada implementación del PETIC. Se debe garantizar el financiamiento necesario para desarrollar y mantener controles efectivos, lo que permitirá mejorar la protección de los datos y asegurar su integridad y disponibilidad.

La entidad enfrenta deficiencias significativas en la gestión de la administración de información, evidenciadas por la ausencia de políticas de operación. Aunque se dispone de un sistema de gestión documental para la conservación de la información generada, este sistema presenta carencias en su gestión y responsabilidad, lo que limita su efectividad. La responsabilidad del sistema recae en la Secretaría General y un Profesional Universitario, mientras que los sistemas de información informática están bajo la Subdirección Administrativa y un Profesional Universitario. La Oficina de Control Interno ha señalado estas deficiencias en sus informes, subrayando la falta de políticas y la necesidad urgente de mejoras en la operación del sistema de administración de información. En conclusión, es imperativo que la entidad desarrolle e implemente políticas claras para la administración de la información, asegurando que tanto el sistema de gestión documental como los sistemas informáticos sean gestionados de manera eficaz y responsable. La intervención del Comité de Control Interno y el desarrollo de estrategias para abordar las deficiencias identificadas por la OCI son cruciales para mejorar la integridad y eficacia de la administración de la información en la entidad.

La Oficina de Control Interno lleva a cabo un seguimiento trimestral y semestral a las peticiones de acuerdo con la Ley 1755 de 2015 y comunica los resultados al Comité Institucional de Control Interno. Sin embargo, se han identificado múltiples y constantes incumplimientos en los términos de respuesta estipulados por la normativa. Estos incumplimientos recurrentes en los plazos de respuesta no solo afectan la conformidad con la ley, sino que también pueden impactar negativamente en la percepción de la entidad en términos de transparencia y eficacia. La falta de adherencia a los plazos establecidos pone en riesgo la credibilidad de la entidad y puede conllevar sanciones disciplinarias. En conclusión, es esencial que la entidad implemente medidas correctivas para asegurar el cumplimiento riguroso de los términos de respuesta requeridos por la Ley 1755 de 2015. Esto incluye la revisión y mejora de los procesos internos para garantizar una respuesta oportuna y conforme a los requisitos legales, fortaleciendo así la transparencia y la eficacia en la gestión de las peticiones.

La entidad enfrenta deficiencias notables en la gestión de la información interna. Aunque existe un procedimiento para la correspondencia y un correo electrónico institucional, la política de comunicación interna no es efectiva, y el sistema BPM y las comunicaciones escritas no compensan adecuadamente esta falta de efectividad. El procedimiento de correspondencia está desactualizado, con la última revisión realizada en 2018. Además, la clasificación y distribución de la correspondencia dependen de una única persona, que es un contratista sin regularidad, lo que limita la continuidad y calidad del servicio. La falta de capacitación continua para esta persona, dada su condición de contratista, agrava aún más el problema.

La Oficina de Control Interno ha constatado que, aunque el sistema de correspondencia está en funcionamiento, la entidad necesita urgentemente una oficina de atención al usuario y la actualización de los procedimientos existentes. La falta de una estructura adecuada para la gestión de correspondencia y la falta de una política efectiva de comunicación interna afectan negativamente la eficiencia operativa de la entidad. En conclusión, es crucial que la entidad actualice y formalice su procedimiento de correspondencia, establezca una política de comunicación interna efectiva y considere la creación de una oficina de atención al usuario. Asimismo, se debe garantizar una capacitación continua y adecuada para el personal encargado de estas tareas.

La Oficina de Control Interno comunica todos los resultados de auditorías y seguimientos a la Alta Dirección para su revisión y acciones correspondientes. No obstante, se observa que la Alta Dirección, por lo general, no proporciona pronunciamientos oportunos en relación con los informes de auditoría presentados al Comité Institucional de Control Interno. Esta falta de respuesta adecuada y oportuna por parte de la Alta Dirección puede limitar la efectividad de las auditorías y seguimientos, ya que las recomendaciones y hallazgos no se abordan de manera integral. La ausencia de pronunciamientos puede afectar la mejora continua y la eficiencia de los procesos de control interno. La Oficina de Control Interno ha observado que, a pesar de la existencia de informes con fuerza de ley, no se han implementado procedimientos de monitoreo continuo. La ausencia de un sistema de monitoreo continuo puede limitar la capacidad del comité para identificar y abordar de manera oportuna las deficiencias en la gestión. Un monitoreo efectivo es esencial para asegurar que los controles internos se mantengan adecuados y que las áreas de riesgo sean gestionadas proactivamente. Es fundamental que se establezca e implemente un sistema de monitoreo continuo para la gestión, fortaleciendo así la gobernanza y el control interno de la entidad.

Aunque la entidad ha adoptado una Política de Gestión de Control Interno, esta carece de directrices claras sobre cómo y a quién reportar deficiencias en el sistema de control. En la práctica, no existen procedimientos estandarizados para el reporte de deficiencias, lo que lleva a que los informes se realicen de acuerdo a los requerimientos individuales de cada jefe o subdirector. La Oficina de Control Interno ha identificado que la Política de Gestión de Control Interno, adoptada en 2020, no proporciona una guía específica para el reporte de deficiencias. En su lugar, los informes y resultados se generan a partir de evaluaciones independientes o solicitudes puntuales de la Alta Dirección.

El equipo directivo de la entidad revisa las deficiencias del sistema de control interno basándose en los informes de auditoría interna y externa, así como en otros informes requeridos por la ley. Sin embargo, este proceso de revisión no se realiza en función de políticas de reporte formales. Esta situación revela una carencia en la estructura formal para el reporte y manejo de deficiencias dentro del sistema de control interno. La dependencia exclusiva de los informes de auditoría y otros reportes de ley, sin un marco de políticas específico para la identificación y el reporte de deficiencias, puede limitar la eficacia en la gestión de los problemas detectados y la implementación de mejoras necesarias.

En conclusión, para mejorar la gestión del control interno y asegurar una respuesta más estructurada y efectiva a las deficiencias identificadas, es fundamental desarrollar e implementar políticas claras y formales para el reporte de deficiencias.

91%	<p>Debilidad: Se mantiene la situación que el archivo central de la entidad se encuentra bajo responsabilidad de un solo funcionario, el cual, a su vez, es responsable por almacén e inventarios, y, dicionalmente cubre otras áreas como la caja menor. Es prácticamente imposible que esa persona logre cumplir con todas esas funciones. Para 2023, la entidad no cuenta con área física suficiente para acoger la totalidad de documentos que conforman su archivo central.</p> <p>Fortaleza: La entidad ha realizado mejoras en la prestación de trámites de forma virtual en su página web. Así mismo, las comunicaciones a través de redes sociales presentan mayores contenidos de interés para los ciudadanos. Los mecanismos para la presentación de peticiones se encuentran funcionando.</p>
100%	<p>Debilidad: La cultura de la planificación, autocontrol, pertenencia y autoevaluación es débil en los servidores públicos de la entidad.</p> <p>Fortaleza: La entidad realiza evaluaciones periódicas a la implementación del sistema de control interno a través de auditorías internas, generando recomendaciones encaminadas al mejoramiento institucional.</p>

-7%
-13%