



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

OFICINA DE CONTROL INTERNO

(Referencia: Circular No. 04, del 27 de septiembre de 2005)

1. ENTIDAD: Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD		2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERIODO: Secretaría General			
		Periodo evaluado: 01-ene-2024 al 31-dic-2024			
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:					
Área de Atención al Cliente, Quejas y Reclamos - Proceso: Gestión de Servicio a la Ciudadanía. Brindar información y atender los requerimientos de los grupos de valor y de interés de la entidad para responder a sus necesidades en cumplimiento de sus derechos.					
Área de Archivo y Correspondencia - Proceso: Gestión Documental: Administrar, conservar y custodiar la documentación generada en la entidad, desde su origen hasta su disposición final, para preservar la memoria institucional.					
2020 - 2024 Objetivo Estratégico: Fortalecer la eficiencia administrativa como eje del desarrollo de la entidad a través del uso de la tecnología y la articulación e implementación de sistemas de información.					
2024 - 2027 Objetivo Estratégico: Fomentar la gestión del conocimiento, la innovación pública y la participación ciudadana, para el mejoramiento de la toma de decisiones y la generación de acciones por parte de nuestros grupos de valor.					
4. PROYECTO DE INVERSIÓN: No aplica					
5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE RESULTADOS			
		5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANALISIS DE RESULTADOS	
5.1 PLAN OPERATIVO		33%			
VARIABLE A EVALUAR					
Criterio de Evaluación: Para el Plan Operativo, generación de valor agregado para efectos estratégicos de la dependencia y grado de cumplimiento. Como criterio para evaluar las actividades componentes, se tuvo en cuenta dos condiciones A) Si la actividad del Plan Operativo por su naturaleza para efectos estratégicos de la dependencia genera valor agregado (100 puntos), o lo genera parcialmente (50 puntos), o no lo genera (0 puntos), se marcó una solamente de las columnas, según lo pertinente B) Se elevarán los anteriores puntajes por el grado o porcentaje de ejecución de la actividad generadora de valor agregado o parcialmente generadora, y el resultado arrojado, fue la cifra que se ubica en columna de resultado. Fuente de Información de base para el análisis: tomar los Planes Operativos y su avance, del correspondiente informe de seguimiento de la Oficina Asesora de Planeación, con los cortes que cubran el periodo evaluado y/o el documento pertinente que esta oficina suministre. Ubicación: Página web del IDRD					
Plan Operativo No. 1 Secretaría General					
VARIABLE A EVALUAR					
Actividad: Proyectar circular que imparte directrices administrativas y contractuales a que haya lugar. Meta: Proyección circular con directrix administrativa y contractual	X			100%	De acuerdo a la meta y teniendo en cuenta los procesos a cargo de la Secretaría General se proyectó una Circular: "Medidas administrativas para atender oportunamente las PQRDS y las respuestas a Entes Externos de Control en el IDRD", dándole valor agregado al establecer unos parámetros para dar contestación de manera oportuna a los requerimientos y solicitudes de la ciudadanía.
Actividad: Realizar una socialización a las áreas y dependencias del IDRD sobre la circular que imparte las directrices administrativas y contractuales a que haya lugar. Meta: Realizar socialización a las áreas y dependencias del IDRD sobre la circular que imparte las directrices administrativas y contractuales a que haya lugar.	X			100%	La actividad de socialización de la circular 20241000136473 sobre "Medidas administrativas para atender oportunamente las PQRDS y las respuestas a Entes Externos de Control en el IDRD" aportó valor agregado respecto de las directrices para la respuesta oportuna a las solicitudes y requerimientos allegados a la entidad y se evidenció el cumplimiento al 100%.
Actividad: Realizar socialización sobre el manejo del sistema de gestión documental (Orfeo) Meta: Realizar dos socializaciones sobre el manejo del sistema de gestión documental. (Orfeo)	X			100%	La actividad programada, le aportó un valor agregado a la dependencia ya que permite hacer socialización articulada entre el equipo de Correspondencia, Atención al Ciudadano y la Secretaría General, donde se brindan indicaciones generales.
Plan Operativo No. 2 Área de Archivo y Correspondencia					
VARIABLE A EVALUAR					
Actividad 1: Realizar sensibilizaciones a las diferentes dependencias de la Entidad, en procesos técnicos de organización de archivos con aplicación de la TRD e inventarios documentales en el FUID, Transferencias Primaria, PGD, PINAR, SIC. Meta: Realizar dos (2) sensibilizaciones a las dependencias que producen documentos.	X			100%	La actividad aportó valor agregado en concordancia con los objetivos del proceso, toda vez que permite generar espacios de retroalimentación y conocimiento en procesos técnicos de organización de archivos con aplicación de la TRD e inventarios documentales en el FUID, Transferencias Primaria a los servidores públicos, para su implementación.
VARIABLE A EVALUAR					
Actividad 2: Realizar una solicitud de eliminación de las copias de documentos. Meta: Realizar un (1) proceso de eliminación de documentos.	X			100%	La actividad se cumplió evidenciando que se aportó un valor agregado, al realizar la solicitud de eliminación tal como lo establece la actividad y la meta, y que el mismo fue aprobado para continuar trámite de gestión.
VARIABLE A EVALUAR					
Actividad 3: Realizar seguimiento a la organización del archivo de gestión de la Subdirección de Contratación del IDRD con aplicación de TRD, elaboración del inventario en el FUID, del periodo 2019 - 2023. Meta: Realizar un (1) cronograma y seguimiento trimestral a la organización de los archivos de Gestión de la Subdirección de Contratación del IDRD vigentes 2019 - 2023.	X			100%	La actividad aportó valor agregado ya que culminó la organización con aplicación de TRD, FUID y transferencia de los contratos 2019. Se anexaron las actas de transferencia y seguimiento en cada trimestre.
Actividad 4: Realizar seguimiento a los archivos de Gestión en procesos técnicos requeridos en la aplicación de TRD y elaboración del inventario en el FUID, en cada puesto de trabajo. Meta: Realizar un (1) cronograma y seguimiento trimestral a la organización de los archivos de Gestión	X			100%	La actividad aportó valor agregado al proceso en cuanto a la gestión realizada por el área, toda vez se evidenció los seguimientos de los archivos de gestión aplicando la TRD y FUID, en los puestos de trabajo, lo que genera mayor confianza y transparencia en la gestión ejecutada.
Plan Operativo No. 3 Área de Atención al Cliente, Quejas y Reclamos					
VARIABLE A EVALUAR					
Actividad 1: Actualizar los documentos del proceso de Gestión de Servicio a la Ciudadanía Meta: Realizar la actualización de los documentos del Proceso de Gestión de Servicios a la Ciudadanía asociados a la gestión de las PQRDS	X			100%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor. Toda vez que dentro de la gestión se evidenció ajuste del formato único de peticiones. Adicionalmente, se presentó ajuste al procedimiento de GESTIÓN DE RESPUESTA OPORTUNA A PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, DENUNCIAS Y/O SUGERENCIAS y se realizó la actualización del Manual de Servicio a la Ciudadanía, adjuntando el manual ajustado, como soporte del cumplimiento de la actividad.
VARIABLE A EVALUAR					
Actividad 2: Reuniones de seguimiento con las misionales. Meta: Realizar reuniones de seguimiento al Plan de Contingencia para mejorar la gestión oportuna de las PQRDS, con las dependencias correspondientes	X			100%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor a la gestión realizada al seguimiento misional, adjuntando actas y estados de asistencia como soporte de cumplimiento de la actividad.
VARIABLE A EVALUAR					
Actividad 3: Realizar talleres y/o sensibilizaciones a las áreas y dependencias, para el cumplimiento de calidad y términos legales de respuesta a las PQRDS. Meta: Realizar dos (2) Talleres y/o sensibilizaciones a las áreas y dependencias del IDRD, sobre calidad y términos legales de respuesta a las PQRDS	X			100%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor y dando cumplimiento de calidad y términos legales de respuesta a las PQRDS, adjuntando actas y estados de asistencia como soporte de cumplimiento de la actividad.
VARIABLE A EVALUAR					
Actividad 4: Realizar talleres a los Usuarios BTE de las Áreas o Dependencias, sobre el manejo de la plataforma Meta: Realizar dos (2) Talleres a los Usuarios BTE de las Áreas o Dependencias, sobre el manejo de la plataforma	X			100%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor y dando cumplimiento con la realización de los talleres para el manejo de la plataforma, adjuntando actas como soporte de cumplimiento de la actividad.
VARIABLE A EVALUAR					
Actividad 5: Socialización a través del correo electrónico comunidad IDRD, sobre información correspondiente a la gestión oportuna y de calidad a las PQRDS. Meta: Realizar cuatro (4) socializaciones de información correspondiente a la gestión oportuna y de calidad a las PQRDS por medio de Comunidad IDRD	X			100%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso, agregando valor y dando cumplimiento en el 1er. Trimestre: "Criterios de calidad para la respuesta a una PQRDS", en el 2do. Trimestre: "Carta de trato digno", en el 3er. Trimestre: "PQRS del primer semestre 2024" y en el 4to. Trimestre "Informe Proceso de Gestión a la Ciudadanía".

VARIABLE A EVALUAR	SI	PARCIALMENTE	NO	RESULTADO	
<b>Actividad 6:</b> Generar informes de evaluación de los criterios calidad y oportunidad a las PORDS <b>Meta:</b> Realizar doce (12) informes de evaluación y seguimiento de los criterios calidad y oportunidad a las PORDS		X		75%	La actividad es concordante con el objetivo del proceso; no obstante, esta actividad hace parte de la función del proceso, por lo que agrega parcialmente valor, se evidenció el cumplimiento de la meta
<b>A. CALIFICACION PLAN OPERATIVO</b>					<b>32%</b>
<b>5.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO</b>					<b>67%</b>
<b>Gestión de primera línea 50 %</b>					<b>50%</b>
Criterio para evaluar la gestión de la primera línea de defensa: Se tendrá en cuenta: La identificación y definición de los riesgos de gestión y corrupción, desde el rol de la primera línea de defensa, de acuerdo con lo establecido en la Política para la Gestión del Riesgo en el IDRD (vigente).  Fuente de información: * Aplicativo ISOLUCION * Reporte de la primera línea de defensa sobre gestión del riesgo. * Seguimiento a la gestión del riesgo, por parte de la Oficina de Control Interno.				100%	Una vez revisado el aplicativo ISOLUCION, Secretaría General, cuenta con (2) procesos asociados, así: Gestión Documental tiene identificado dos (2) riesgos con tres (3) controles y (1) riesgo de corrupción, con un (1) control. Servicio al Ciudadano: Dos (2) riesgos de gestión con once (11) controles, no tiene identificado riesgo de corrupción  Los riesgos se encuentran identificados y diseñados de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.
Calificación Gestión de primera línea					50%
<b>Plan de Mejoramiento Institucional</b>					<b>20%</b>
Planes de Mejoramiento - peso porcentual 20% Criterio general de evaluación: Se promediará el resultado del avance del conjunto de los planes de mejoramiento internos y externos a cargo de la dependencia.  <b>Planes de Mejoramiento Externos - PME peso porcentual 10%</b> Criterio de evaluación: Número de acciones culminadas dentro de las fechas de compromiso estimada por la OCI y/o cerradas por el ente de Control, sobre el total de acciones a culminar en el periodo. Aplica para las acciones compartidas.  <b>Plan de Mejoramiento Interno - PMI peso porcentual 10%</b> Criterio de evaluación: Número de acciones cerradas dentro de las fechas de compromiso, sobre el total de acciones del periodo. Así mismo, se tendrán en cuenta las observaciones que a la fecha no se hayan formulado su plan de mejoramiento, las cuales afectarán la calificación disminuyendo el resultado final en 5%  Fuente base de información: * Aplicativo ISOLUCION * Informes de seguimiento de la OCI de los planes de mejoramiento interno y externos.				100%	Plan de Mejoramiento Interno: Para la vigencia 2024 se evidenció:  * Proceso Gestión Documental: Acción correctiva al proceso de Gestión Documental No. 202314 la cual se llevó a cabo el Plan de Mejoramiento propuesto, acción cerrada. Así mismo, se evidenció tres (3) acciones abiertas (202189, 201913 y 201883) de 2024, con el siguiente resultado: (i) Acción 202189 se encuentra abierta con fecha de hallazgo de 3 de julio de 2024 no cuenta con Plan de Mejoramiento; (ii) las acciones 201913 y 201883 asociadas a los riesgos de gestión, en el aplicativo se encuentran abiertas observando que se realizaron los avances de las actividades dando cumplimiento los planes de mejoramiento propuestos.  *Del proceso de Gestión de Servicio a la Ciudadanía se encuentran abiertos 3 acciones (202148, 202149 y 202131) dos de la vigencia 2024 y 1 de la vigencia 2023, acciones que se evidenció seguimiento por parte del proceso y de la segunda línea de defensa. Dando cumplimiento al plan de mejoramiento propuesto.  * Plan de Mejoramiento Externo: Secretaría General, no cuenta con hallazgos abiertos o inefectivos dentro del plan de mejoramiento externo.  Por lo anterior, se califica sobre el 100%, teniendo en cuenta que existe una acción pendiente de siete (7) por elaboración del Plan de Mejoramiento Interno pero aun están en términos para ejecutarlo.
Calificación Gestión de primera línea					20%
<b>Mapa de riesgos</b>					<b>15%</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>		<b>INDICADOR</b>	<b>RESULTADO (%)</b>	<b>ANALISIS DE RESULTADOS</b>	
<b>Diseño de los controles:</b> 5% (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información). Criterios: Diseño de los controles de acuerdo con la Política de administración de riesgos en el IDRD. Fuente: * Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC 2024		Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Riesgos de gestión: Secretaría General, cuenta con (2) procesos asociados, así: Gestión Documental tiene identificado dos (2) riesgos con tres (3) controles y (1) riesgo de corrupción, con un control. Servicio al Ciudadano: Dos (2) riesgos de gestión con once (11) controles, no tiene identificado riesgo de corrupción.  Los controles se encuentran diseñados de acuerdo con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.	
<b>Implementación de los controles:</b> 5% (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información). Criterios: verificar la ejecución de los controles, de acuerdo con el monitoreo y seguimiento desde la primera línea de defensa. Fuente: * Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC 2024		Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Riesgos de gestión: De acuerdo con el seguimiento de la OAP no se materializaron riesgos para esta vigencia ni en Gestión Documental ni en Servicio al Ciudadano  Riesgo Corrupción: No se evidenció materialización de riesgo de Corrupción.	
<b>Tratamiento del Riesgo - Riesgos materializados:</b> 5% Planes de Contingencia (diseñados e implementados) Criterios de evaluación: En casos de materialización de riesgos, evidenciar la implementación del plan de contingencia de conformidad con lo definido.  Fuente: * Informes segunda línea de defensa * Seguimiento de la primera línea de defensa * Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano PAAC 2024		Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.	100%	Para esta vigencia de evaluación no se materializaron riesgos de gestión ni de corrupción para la dependencia evaluada.	
Calificación Mapa de Riesgos					15%
<b>Indicadores</b>					<b>10%</b>
<b>DESCRIPCIÓN</b>		<b>INDICADOR</b>	<b>RESULTADO (%)</b>	<b>ANALISIS DE RESULTADOS</b>	
Cumplimiento del indicador 2.5 % Criterios de evaluación: 1. Aplicación del indicador de gestión de acuerdo con lo estipulado en su diseño, 2. verificable en registros de la implementación de cada uno de los indicadores de gestión vigentes, 3. de los resultados de sus fórmulas y 4. de su implementación con la periodicidad establecida.		Indicadores asociados al proceso de gestión al <b>Gestión de Servicio de la ciudadanía:</b> <b>1712</b> Alertas preventivas. <b>Medición:</b> mensual. <b>1711</b> Gestión del correo electrónico. <b>Medición:</b> mensual. <b>1710</b> Interfaz entre sistemas de información. <b>Medición:</b> mensual. <b>1709</b> Número de peticiones asociadas a la no verificación de los perfiles dentro de los términos. <b>Medición:</b> mensual. <b>1481</b> Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes. <b>Medición:</b> mensual. <b>1483</b> Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad. <b>Medición:</b> mensual. <b>1700</b> Publicaciones realizadas en el link de transparencia. <b>Medición:</b> Bimestral. <b>1713</b> Respuesta Oportuna de PORDS. <b>Medición:</b> mensual. <b>1251</b> Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en los SUPERCADE. <b>Medición:</b> mensual.	77%	Los procesos Asociados a la Secretaría General cuentan con un total de 13 indicadores, de los cuales (1) no cumple con la meta establecida. Por lo que, de acuerdo con el PROCEDIMIENTO INDICADORES DEL GESTIÓN DEL PROCESO, se debe tener en cuenta el tratamiento general respecto que por "incumplimiento de un indicador" se debe evaluar la necesidad de establecer una acción correctiva.  En ISOLUCION se evidenció el incumplimiento del indicador 1481, asociados al Proceso del Servicio al Ciudadano, que no registran acciones correctivas.  Indicadores asociados al proceso de <b>Gestión de Servicio de la Ciudadanía:</b>  <b>1712</b> Alertas preventivas. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó informe de reporte de los meses febrero a noviembre de 2024. Se evidenció cumplimiento de la meta. <b>1711</b> Gestión del correo electrónico. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó informe de reporte de los meses marzo a diciembre de 2024. Se evidenció cumplimiento de la meta. <b>1710</b> Interfaz entre sistemas de información. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó informe de reporte de los meses marzo a diciembre de 2024. Se evidenció cumplimiento de la meta. <b>1709</b> Número de peticiones asociadas a la no verificación de los perfiles dentro de los términos. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó informe de reporte de los meses marzo a diciembre de 2024, reportando que No se presentaron PORSD asociadas a la no verificación de perfiles dentro de los términos. Se evidenció cumplimiento de la meta. <b>1481</b> Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó informe de reporte de los meses marzo a noviembre de 2024, reportando que se evalúa el criterio de manejo del sistema en Bogotá Te Escucha para los respuestas a peticiones ciudadanas. Se evidenció cumplimiento de la meta. <b>1483</b> Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición, sin embargo, en ningún mes se cumplió la meta establecida del 100%. <b>1700</b> Publicaciones realizadas en el link de transparencia. <b>Medición:</b> Bimestral. De la información reportada en ISOLUCION, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición, se evidenció cumplimiento de la Meta de febrero a noviembre de 2024 <b>1713</b> Respuesta Oportuna de PORDS. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó el reporte de tres mediciones. Se evidenció cumplimiento de la Meta. <b>1251</b> Satisfacción del ciudadano con la atención recibida en los SUPERCADE. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó informe de reporte de los meses marzo a diciembre de 2024. Se evidenció cumplimiento de la meta. <b>1481</b> Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición. En el periodo evaluado se evidenció cumplimiento de la Meta, no obstante, se evidenció que se registró el resultado del indicador antes de finalizar el mes para los periodos de marzo, abril, mayo, junio y diciembre de 2024. <b>1483</b> Porcentaje de requerimientos atendidos con calidad. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición. En el periodo evaluado se evidenció cumplimiento de la Meta, se evidenció que se registró el resultado del indicador antes de finalizar el mes para los periodos de marzo, abril, mayo, junio y diciembre de 2024. <b>1481</b> Porcentaje de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias contestadas dentro de los términos legales vigentes. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición. En el periodo evaluado se evidenció cumplimiento de la Meta, se evidenció que se registró el resultado del indicador antes de finalizar el mes para los periodos de marzo, abril, mayo, junio y diciembre de 2024. <b>1477</b> -Porcentaje de espacios controlados para la conservación documental. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición. En el periodo evaluado se evidenció cumplimiento de la Meta, no obstante, se evidenció que se registró el resultado del indicador antes de finalizar el mes para los periodos de marzo, abril, mayo, junio y diciembre de 2024. <b>1476</b> Porcentaje de transferencias primarias realizadas de acuerdo con los tiempos de retención. <b>Medición:</b> mensual. De la información reportada en ISOLUCION, se observó que se cumple con la periodicidad establecida para la medición. En el periodo evaluado se evidenció cumplimiento de la Meta. El resultado de la evaluación para este ítem es del 92% toda vez que de los trece (13) indicadores, uno (1) no cumplió la meta establecida y dos (2) de Gestión Documental se reportó antes de finalizar el mes, por lo que el resultado puede tener imprecisiones.	

<p>Utilidad del Indicador y la medición 5 %</p> <p>Criterio de evaluación: Indicador establecido adecuado y alineado para controlar objetivos del proceso o parte de estos y/o aspecto relevante de la gestión de la dependencia, y que permita detectar desviaciones y fortalecer acciones para corregirlas y prevenirlas.</p> <p>Este aspecto se confirma teniendo en consideración la frecuencia de medición realizada por la dependencia.</p> <p>Fuente base de información: Registros de la dependencia de aplicación de indicadores de gestión y sus resultados en aplicativo ISOLUCION, carpeta de Medición.</p>	<p>Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.</p>	<p>100%</p>	<p>Se observó que los indicadores están alineados frente a los objetivos de los procesos y la frecuencia de su medición permite tomar decisiones oportunas cuando se presenten desviaciones, pero hubo un indicador que no cumplió con la meta respecto de lo reportado en ISOLUCION.</p>
<p>Calificación Indicadores de Gestión</p>			<p>9%</p>
<p>Indicador Atención Entes de Control Externo</p>			<p>5%</p>
<p>DESCRIPCIÓN</p> <p>Indicador Atención Entes de Control Externo</p> <p>Criterio de evaluación: Proporción de las solicitudes respondidas oportunamente respecto al total de las recibidas de responsabilidad de la dependencia procedentes de los entes externos de control.</p> <p>Fuente base de información: Cuadro matriz de seguimiento de respuestas a solicitudes de entes de control externos, Informes de oportunidad atención a requerimientos de entes externos de control de la DCI</p>	<p>INDICADOR (% DE CUMPLIMIENTO)</p> <p>80%</p>	<p>ANALISIS DE RESULTADO</p> <p>De acuerdo con el reporte emitido por la Oficina de Control, referente en la vigencia 2024, la Secretaría General recibió nueve (9) solicitudes por parte de los Entes Externos de Control de las cuales se respondieron oportunamente 7 y 2 de manera extemporánea.</p>	
<p>Calificación Indicador Atención Entes de Control Externo</p>			<p>4%</p>
<p><b>B. CALIFICACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO</b></p>			<p>66%</p>
<p><b>6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA GESTION DE LA DEPENDENCIA:</b></p>			<p><b>CALIFICACION TOTAL VIGENCIA AÑO (A + B + C)</b></p> <p>98%</p>
<p>1. Plan operativo: De las trece (13) metas reportadas, se reportó seguimiento a las actividades programadas, sin embargo, una actividad le apuntó parcialmente valor agregado al proceso, alcanzando una calificación del 32%, sobre un total del 33% para este aspecto</p> <p>2. Gestión de primera línea de defensa: La Secretaría General, tiene (2) procesos asociados: Gestión Documental y Servicio al Ciudadano, los cuales cuentan con mapas de riesgos de gestión y corrupción de conformidad con la Política de Administración de Riesgos del IDRD.</p> <p>3. Plan de mejoramiento institucional: La evaluación se calificó sobre 100% teniendo en cuenta que existe una acción pendiente de siete (7) por elaboración del Plan de Mejoramiento Interno sin embargo se encuentra en términos para su ejecución.</p> <p>4. Gestión del riesgo: la Secretaría General no cuenta con riesgos materializados para esta vigencia de evaluación</p> <p>5. Indicadores: En la verificación en ISOLUCION, se evidenció el incumplimiento de la meta del indicador 1481, pero no se registra la formulación de ACCIÓN CORRECTIVA, de acuerdo con el Procedimiento de INDICADORES POR PROCESOS; adicionalmente, en el proceso de Gestión Documental para algunos indicadores se está reportando el resultado antes de finalizar el mes, por lo que se puede presentar impresiones del resultado.</p> <p>6. Atención a entes de control: Se evidenció que este aspecto alcanzó un 80% de cumplimiento respecto a la oportunidad en la respuesta a los requerimiento de los entes de control externos.</p> <p>Añí las cosas, de acuerdo con el resultado final de la evaluación (98%), ésta subió, respecto a la evaluación de la vigencia 2023 (96%). Se recomienda, se tomen medidas correctivas sobre aquellos aspectos que no alcanzaron los resultados esperados</p>			
<p><b>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b></p> <p>1. Plan operativo: Mantener el cumplimiento de las metas establecidas en cada actividad.</p> <p>2. Plan de mejoramiento institucional: Elaborar el Plan de Mejoramiento Interno pendiente para el proceso de Gestión Documental.</p> <p>3. Gestión del riesgo: Mantener los controles definidos, los cuales permiten fortalecer la gestión y evitar materialización de los riesgos.</p> <p>4. Indicadores: Revisar la batería de indicadores, toda vez que se evidenció que en el indicador 1481 se cumple con la periodicidad establecida para la medición; sin embargo, en ningún mes se cumplió la en la meta establecidas del 100%; así mismo, reportar los indicadores de conformidad con los tiempos establecidos, para garantizar precisión del reporte.</p> <p>5. Atención Entes Externos de Control: Revisar los controles y filtros para dar respuesta oportuna a los requerimientos de los entes externos de control.</p>			
<p><b>8. FECHA: 28 de Enero de 2025</b></p>			
<p><b>9. FIRMA:</b></p>	<p>Revisó y aprobó: Luz Angela Fonseca Ruiz - Jefe Oficina de Control Interno ( E )</p> <p>Elaboró: Pedro Antonio Guerrero Celis - Profesional Especializado</p> 		