MEMORANDO

PARA: **SECRETARIA DISTRITAL DE AMBIENTE, SUBSECRETARIO GENERAL, DIRECTORES, SUBDIRECTORES, JEFES DE OFICINA y ASESORA DEL DESPACHO**

DE: **HÉCTOR FABIO RODRÍGUEZ DEVIA**
Jefe de Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe *"Evaluación de la efectividad de las acciones del plan de mejoramiento por proceso de la SDA"*.

Reciban un respetuoso saludo.

En cumplimiento del Plan Anual de Auditoría 2022 aprobado por el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, me permito hacer la entrega del Informe de la referencia (anexo al presente memorando), cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de las acciones de mejoramiento implementadas como producto de los hallazgos de auditoría interna e identificar si éstas subsanaron las causas de las situaciones encontradas y han prevenido su recurrencia.

De acuerdo con el análisis realizado respecto a la identificación de causas y la implementación de nueve (9) acciones y entregables de los planes de mejoramiento implementados y evaluados, se encontró que:

- Cinco (5) acciones de mejoramiento fueron conceptuadas como efectivas, con base en su capacidad para eliminar las causas de las situaciones identificadas en los hallazgos de auditoría interna y asegurar que no se volverán a presentar en igual o similar forma.

- Las cuatro (4) acciones de mejoramiento restantes fueron conceptuadas como no efectivas.

La Oficina de Control Interno recomienda a los procesos responsables de las acciones de mejora implementadas para los casos descritos en el informe anexo, revisar y generar acciones complementarias que subsanen en su totalidad las deficiencias descritas en los hallazgos de

auditoria encontrados, lo que implica fortalecer el análisis de causas efectuado y diseñar acciones con metas medibles, alcanzables y verificables.

Agradecemos a los funcionarios y contratistas que participaron en el ejercicio de evaluación.

Atentamente.



HECTOR FABIO RODRIGUEZ DEVIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

Anexo: Informe “Evaluación de la efectividad de las acciones del plan de mejoramiento por procesos de la SDA”.

Elaboró:				
FRANCISCO JAVIER ROMERO QUINTERO	CPS:	CONTRATO SDA-CPS-20220211 DE 2022	FECHA EJECUCION:	24/10/2022
Revisó:				
BRYAN JAVIER DUARTE VILLAMIL	CPS:	CONTRATO SDA-CPS-20221336 DE 2022	FECHA EJECUCION:	25/10/2022
CARLOS EDUARDO BUITRAGO CANO	CPS:	CONTRATO SDA-CPS-20220452 DE 2022	FECHA EJECUCION:	26/10/2022
Aprobó: **Firmó:**				
HECTOR FABIO RODRIGUEZ DEVIA	CPS:	JEFE OACI	FECHA EJECUCION:	26/10/2022



Informe “Evaluación de la efectividad de las acciones del plan de mejoramiento por procesos de la SDA”

Oficina de Control Interno

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE AMBIENTE
BOGOTÁ

1. **OBJETIVO:** Evaluar la efectividad de las acciones de mejoramiento implementadas como producto de los hallazgos de auditoría interna e identificar si éstas subsanaron las causas de las situaciones encontradas y han prevenido su recurrencia.

2. **ALCANCE:** Las acciones registradas en el sistema de información ISOLUCION cerradas por eficacia (cumplimiento), en la vigencia 2021.

3. **CRITERIOS:**

Normatividad Externa

- Guía de auditoría interna basada en riesgos para entidades públicas DAFP versión 4 de julio de 2020.

Normatividad Interna

- Procedimiento Plan de Mejoramiento por procesos Código PC01-PR02 versión 11 del 5 de julio de 2019.

4. **METODOLOGÍA:**

Para efectos de esta evaluación, se entenderá por efectividad la capacidad de las acciones implementadas para eliminar las causas de las situaciones identificadas en los hallazgos de auditoría interna y cómo estas aseguran que no se volverán a presentar en igual o similar forma.

La Oficina de Control Interno, mediante radicado 2022IE234210 del 13 de septiembre de 2022 comunicó el inicio de este seguimiento y solicitó a los directivos de las dependencias de la Entidad, designar el (los) enlace(s) para atender las inquietudes y demás temas derivados de la ejecución del trabajo.

Se realizo consulta en el sistema de información ISOLUCION por reporte de mejora filtrando por fuente "auditoría interna" para identificar el universo y seleccionar la muestra para la evaluación, el ejercicio arrojó un registro de 27 acciones de mejora de las cuales se seleccionaron 9 acciones.

La evaluación de la efectividad de las acciones implementadas en el Plan de Mejoramiento por Proceso se realizó mediante el análisis de la identificación de causas, la formulación de las acciones de mejora propuestas y los entregables pretendidos en función de que:

- Las causas identificadas sean coherentes y pertinentes con la descripción de las situaciones del hallazgo.
- Las acciones implementadas sean suficientes, coherentes y pertinentes para subsanar las causas identificadas.
- Las acciones de mejora implementadas tengan un impacto como control permanente para la mejora, y que eviten que el hallazgo y sus causas se vuelvan a presentar.

5. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.

5.1. ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD

I. Código Acción ISOLUCION: 938

Proceso / Dependencia(s) responsables: Gestión tecnológica / Dirección de Planeación y Sistemas de información Ambiental.

Descripción Observación: N°2: *"Vulnerabilidades protocolo http, decreto 1008 de 2014, Política de Gobierno Digital. Se realizó la verificación de los sitios web de la SDA (página oficial, SIPSE, Isolucion) y se evidencia que estos hacen uso del protocolo HTTP, el cual a la fecha ha sido reportado como inseguro, debido a las vulnerabilidades que en materia de seguridad han sido descubiertas, lo que lo hace susceptible a interceptación de información sensible por parte de intrusos, debido a que los datos transferidos desde el navegador web al servidor web o entre dos terminales, se transmiten como texto plano o sin hacer uso de un protocolo de cifrado. De esta forma, los intrusos pueden interceptar y visualizar datos sensibles, como contraseñas, tarjetas de crédito o de acceso a cuentas, mensajes. En este sentido se evidencia que se incumple con lo establecido en el decreto 1008 de 2014, Artículo 2.2.9.1.1.3. Principios… "Seguridad de la Información: Este principio busca crear condiciones de uso confiable en el entorno digital, mediante un enfoque basado en la gestión de riesgos, preservando la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de las entidades del Estado, y de los servicios que prestan al ciudadano."*.

Causas identificadas:

"El diseño, construcción y arquitectura de las soluciones tecnológicas se diseñaron hace unos años y, en ese entonces no era crítico, porque las exigencias de MinTIC y las realidades en que vivimos actualmente, que sean incompatibles con el protocolo seguro."

Acción(es) de mejora implementada(s):

1. Implementar protocolo seguro en la herramienta SIPSE y en el portal web de la SDA.
2. Gestionar con la Subsecretaria General y de Control Disciplinario la implementación del protocolo seguro en el aplicativo Isolucion, desde el proveedor de la herramienta Isolucion.
3. Actualizar las políticas de seguridad de la información para el uso de protocolos seguros (https) de acuerdo con lo previsto en el Decreto 1008 de 2014

Conclusión: Efectivo

1. Respecto a la causa identificada, se definió una (1), la cual es coherente y pertinente con la descripción de las situaciones del hallazgo, pero no es suficiente, dado que no

se consideraron aspectos relacionados con las implicaciones respecto a no cumplir los requisitos normativos y los impactos.

2. Las acciones implementadas subsanaron las causas identificadas, se observó la implementación de protocolos de seguridad de la información para la herramienta informáticas SIPSE, ISOLUCIÓN y el portal web de la SDA, además la actualización de la política de seguridad de la información para el uso de protocolos seguros en ambiente de internet (https).
3. En virtud de lo anterior, las acciones de mejora implementadas han permitido tener un control permanente para la mejora.

II. Código Acción ISOLUCION: 939

Proceso / Dependencia(s) responsables: Gestión tecnológica / Dirección de Planeación y Sistemas de información Ambiental.

Descripción: *“Infección por Software Malicioso Se verifico el reporte “SANDBOXexecutive_summary_2020-06-05_12_55_47” que genera el equipo FortiSandbox (dispositivo encargado de detectar amenazas y brindar una capa adicional de seguridad) y se observó que los equipos con dirección IP: 192.168.54.23 – 192.168.54.105 – 192.168.54.24 fueron identificados como equipos infectados con software malicioso durante el periodo de generación del reporte. En este sentido durante el ejercicio de auditoría, se entrevistó a los administradores y/o responsables de los dispositivos de seguridad y no se evidenció la gestión, tratamiento y/o investigación de estas infecciones, lo que pudo conllevar a la explotación de vulnerabilidades, perdida y/o secuestro de información, infección masiva de dispositivos conectados a las redes de la SDA y en general comprometer la Integridad, Disponibilidad y Confidencialidad de los activos de información de la SDA y al incumplimiento de lo establecido en la NTC-ISO-IEC 27001:2013, A.16.1.2, Reporte de eventos de seguridad de la información, Control: Los eventos de seguridad de la información se deben informar a través de los canales de gestión apropiados, tan pronto como sea posible. Es necesario realizar el análisis de los reportes periódicos que generan los dispositivos de monitoreo de la infraestructura tecnológica de la SDA y documentar la información de las acciones que garanticen la contención, mitigación, erradicación y no repetición, de los eventos y alertas, acorde con el procedimiento: Gestión de Incidentes de TI Código: PA03-PR14.”*

Causas identificadas:

- *¿Por qué no se realizó la gestión y reporte de los incidentes de seguridad en la mesa de servicios? R/ Porque el equipo de infraestructura no lo realizó considerando que como la herramienta de monitoreo alerta el evento o incidente, enviando automáticamente un correo electrónico de notificación a los administradores de cada servicio, no era necesario realizar otro registro.*
- *¿Por qué el equipo de infraestructura consideró que solo con la notificación del correo electrónico? R/ Porque no están documentando las incidencias de seguridad en la mesa de servicios. Además, se considera que las notificaciones son tantas que*

manualmente es difícil realizarlas tanto, por esta también no se están analizando completamente los reportes SANDBOX por falta de disponibilidad de recurso técnico y operativo para la mitigación.

- *¿Por qué no están documentando las incidencias de seguridad? R/ Porque no están aplicando correctamente el procedimiento de gestión de incidentes y de atención de requerimientos.*
- *¿Por qué no están aplicando correctamente el procedimiento de gestión de incidentes y de atención de requerimientos? R/ Porque lo encuentran que no aplica en ciertas circunstancias, que no está claro los roles y responsabilidades en el monitoreo y gestión de los eventos de seguridad, además de que a veces falta articulación con los administradores del servicio que no son de otras dependencias, o a veces la ausencia de estos administradores a los cuales se les pueda notificar la alerta o incidente de seguridad.*
- *¿Por qué no lo encuentran claro, ni que cuentan con los responsables? R/ Porque falta formalizar o complementar la metodología para el monitoreo y manejo de alarmas o warning, además se considera que son tantas las alertas de la herramienta de monitoreo que el equipo de infraestructura no puede atenderlas todas de forma manual, y se requiere de un sistema integral para la realización de las actividades de monitoreo, detección, protección y contención de amenazas".*

Acción(es) de mejora implementada(s):

1. Actualizar la información de los delegados responsables de la administración de herramientas o de los servicios, a través del inventario de aplicaciones y servicios.
2. Documentar en la mesa de servicios el registro del evento o alerta de seguridad que notifique las herramientas de monitoreo y sobre los cuales se generé impacto o afecté la disponibilidad de los servicios de TI según catálogo de servicios.
3. Actualizar las políticas de seguridad de la información de acuerdo con la priorización de los activos de información.
4. Revisar y actualizar el procedimiento PR13 de atención de requerimiento y el procedimiento PR14 Gestión de incidentes de seguridad, armonizándolos con la puesta en marcha de los servicios del Centro de Operaciones de Seguridad (SOC).
5. Operar los servicios del Centro de Operaciones de Seguridad (SOC) para gestionar las posibles vulnerabilidades de seguridad de información.

Conclusión: Efectivo

1. Se definieron cinco (5) causas que son coherentes y pertinentes con la descripción de las situaciones del hallazgo, además, son suficientes.
2. Las acciones implementadas subsanaron las causas identificadas. Se observó cumplimiento con los resultados indicados en los informes de seguimiento del contrato interadministrativo No 20202469 *"...para la implementación de la estrategia de gobierno digital, en el ámbito de arquitectura de seguridad, enfocado en el diseño del plan de continuidad del negocio (bcp) y el monitoreo, detección, protección y*

contención de amenazas en la secretaría distrital de ambiente” de los meses septiembre y octubre de 2021.

3. Las acciones de mejora implementadas han permitido tener como control permanente para la mejora.

III. Código Acción ISOLUCION: 961

Proceso / Dependencia(s) responsables: Evaluación Control y Seguimiento / Dirección de Control Ambiental

Descripción: Oportunidad de mejora No. 2: *“...incorporar la hoja de control en la totalidad de los expedientes con el fin de determinar claramente la información sobre el tipo de saneamiento del que fueron objeto los expedientes que componen la meta.”*

Causas identificadas:

- *“Declaratoria de Emergencia COVID -19 restringió la asistencia a las instalaciones de la entidad lo que aumento los tiempos de saneamiento archivístico de los expedientes, rezago y acumulación de expedientes, dado que por sus características es una actividad que se debe adelantar de forma presencial.”*

Acción(es) de mejora implementada(s):

1. Conformación de un equipo en la DCA encargado de la recepción e inserción oportuna de la documentación de los expedientes.

Conclusión: Efectivo

1. Se definió una (1) causa la cual es coherente con la descripción de la situación de la oportunidad de mejora, teniendo en cuenta que por la Declaratoria de la Emergencia Sanitaria del COVID-19, es comprensible que, por la ausencia de personal en las instalaciones de la SDA, no se tuvieran los expedientes sancionatorios al día en su integridad documental.
2. La acción implementada subsanó la causa identificada.
3. La acción de mejora implementada, si bien por sí sola no permite tener un control efectivo, toda vez que conformar un equipo no garantiza que se lleve a cabo una actividad, se evidenció que el equipo designado por la DCA incorporó el formato “PA06-PR18-F3” en los expedientes sancionatorios, siendo ésta la hoja de control donde se estableció el contenido documental de los expedientes. Para esta acción se estableció una muestra de dieciséis (16) expedientes de los treinta y cinco (35) expedientes sancionatorios tomados para el ejercicio auditor, así como ocho expedientes distintos a los relacionados, con el fin de verificar el cumplimiento y la efectividad de la acción por parte de la OCI, encontrando que fue efectiva la acción tomada al identificarse en todos los expedientes seleccionados la hoja de control debidamente diligenciada.

IV. Código Acción ISOLUCION: 963

Proceso / Dependencia(s) responsables: Evaluación Control y Seguimiento / Dirección de Control Ambiental

Descripción: Observación No. 5 *“Por inconsistencias en la creación y conformación de los expedientes sancionatorios con la totalidad de los documentos y actuaciones que se gestionen en desarrollo de los tramites y procedimientos asociados.”*

Causas identificadas:

“Por la Declaratoria de Emergencia COVID -19 la SDA restringió la asistencia a las instalaciones de la entidad lo que aumento los tiempos de saneamiento archivístico de los expedientes, rezago y acumulación de expedientes, dado que por sus características es una actividad que se debe adelantar de forma presencial.”

Acción(es) de mejora implementada(s):

1. Establecer una herramienta de control mensual al proceso de recepción e inserción de la documentación de expedientes sancionatorios.

Conclusión: No Efectivo

1. Se definió una (1) causa, la cual es coherente con la descripción de la situación de la oportunidad de mejora, teniendo en cuenta que por la Declaratoria de la Emergencia Sanitaria del COVID-19, es comprensible que, por la ausencia de personal en las instalaciones de la SDA, no se tuvieran los expedientes sancionatorios al día en su integridad documental, así como la creación de estos.
2. La acción implementada no subsanó la causa identificada.
3. Verificadas las evidencias aportadas por los responsables de implementar la acción de mejora, no se identificó el uso del formato y/o herramienta que indicaron bajo el nombre “FORMATO DE CONTROL DE CALIDAD ORGANIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN EXPEDIENTES SANCIONATORIOS – DCA”, el cual se comenzaría a implementar y archivar en los expedientes de conformidad con la acción de mejora propuesta, aun cuando se verificaron y analizaron dieciséis expedientes sancionatorios correspondientes a los seleccionados en la auditoria que se llevó a cabo y que originó la observación.

V. Código Acción ISOLUCION: 967

Proceso / Dependencia(s) responsables: Evaluación Control y Seguimiento / Subdirección del Recurso Hídrico y del Suelo.

Descripción *"Por inconsistencias y contradicciones sobre las actuaciones realizadas en el marco de las acciones correctivas del plan de mejoramiento para dar tratamiento al hallazgo de auditoria interna No. 842 "NO CONFORMIDAD No. 2. Por la no liquidación y cobro de servicios de seguimiento al Plan de Saneamiento y Manejo de Vertimientos PSMV de la Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá".*

Causas identificadas:

- *"El análisis de causas se realiza mediante la metodología de lluvia de ideas donde se identificó la causa raíz como: No emisión del Concepto Técnico de Cobro por Seguimiento al Plan de Saneamiento y Manejo de Vertimientos –PSMV, que permita completar el trámite de evaluación del cumplimiento al PSMV de la EAAB y la emisión del respectivo acto administrativo, en los tiempos establecidos en la normatividad ambiental vigente."*

Acción(es) de mejora implementada(s):

1. Emitir dentro de los treinta días hábiles siguientes a la emisión del concepto técnico de evaluación del cumplimiento al PSMV, el respectivo Concepto Técnico de Cobro por Seguimiento al Plan de Saneamiento y Manejo de Vertimientos –PSMV; que contendrá la liquidación del valor a pagar por parte de la EAAB, por este concepto; y se remitirá a las dependencias competentes para que emitan el respectivo acto administrativo y efectúen las acciones de cobro por concepto de servicios de seguimiento al Plan de Saneamiento y Manejo de Vertimientos PSMV, a que haya lugar.

Conclusión: No Efectivo

1. Se definió una (1) causa, que es coherente y pertinente con la descripción de las situaciones del hallazgo, pero es insuficiente dado que está enfocada sólo al problema y no se consideraron el ajuste a los aspectos metodológicos ni de control, por ejemplo, el ajuste al procedimiento *"Seguimiento a planes de saneamiento y manejo de vertimientos"* código PM04-PR109 actividades 4 a la 6.
2. La acción implementada no subsanó la causa identificada. El proceso no consideró otras causas, se limitó a corregir la situación presentada y, por tanto, no tuvo en cuenta la definición de políticas de operación para atender situaciones similares.
3. La acción de mejora implementada no ha permitido tener control permanente para la mejora y así evitar que el hallazgo y sus causas se vuelvan a presentar.

VI. Código Acción ISOLUCION: 968

Proceso / Dependencia(s) responsables: Evaluación Control y Seguimiento / Subdirección de Silvicultura, Flora y Fauna Silvestre

Descripción Observación No. 3 *“Por la no visualización total de los documentos y registros generados en el módulo diseñado en el sistema de información Forest para los tramites atendidos en la ejecución del procedimiento M04-PR17.”*

Causas identificadas:

- *“Desde cuando se desarrolló el módulo se detectó ese error, que DPSIA no ha podido corregir.”*

Acción(es) de mejora implementada(s):

1. Gestionar ante la DPSIA la corrección del módulo, de modo que el total de documentos involucrados en el trámite de salvoconducto se visualicen en el radicado tanto para consulta del usuario, como para el técnico que atiende el trámite.
2. Actualización del procedimiento PM04-PR17, con base en la seguridad que brinda al trámite la ventanilla virtual, para que sea actualizado en el FOREST.

Conclusión: Efectivo

1. Al verificarse la causa detectada, se evidenció que guarda relación con la formulación de la observación, teniendo coherencia y pertinencia.
2. Las acciones implementadas subsanaron las causas identificadas, toda vez que permitieron una modificación e implementación en las herramientas para garantizar la visualización de los documentos en el aplicativo Forest.
3. Las acciones de mejora fueron evaluadas y verificadas por el equipo de la OCI mediante mesa de trabajo del 20 de octubre de 2022, donde los enlaces designados por la dependencia explicaron las mejoras y la forma en cómo se verificaban los documentos y registros en el módulo de SUNL del aplicativo Forest, para lo cual se verificó dentro del módulo siete (7) archivos que estuvieran cargados y visualizados correctamente.

VII. Código Acción ISOLUCION: 969

Proceso / Dependencia(s) responsables: Evaluación Control y Seguimiento / Subdirección de Silvicultura, Flora y Fauna Silvestre

Descripción Observación No. 4 *“Por la no actualización de la Tabla de Retención Documental - TRD código 222 debido de la producción documental durante la aplicación del procedimiento PM04-PR126, en el marco de las funciones asignadas a la SSFFS en el Decreto Distrital No. 109 de 2009, articulo18 literales a y d.”*

Causas identificadas:

“El proceso es dispendioso y requiere el insumo de todas las áreas.”

Acción(es) de mejora implementada(s):

1. Entregar la información requerida a Dirección de Gestión Corporativa para la inclusión del procedimiento PM04-PR126 en la TRD que está en proceso de actualización.

Conclusión: No Efectivo

1. Se definió una (1) causa; no obstante, ésta no refleja una situación de fondo que responsabilice a la dependencia respecto de la debilidad que se presentó y que pudo ser origen de la observación.
2. La acción establecida guarda relación con la observación; aunque no garantiza el cumplimiento de ésta, toda vez que depende para su cumplimiento de otra dependencia.
3. La acción de mejora establecida no se cumplió dentro del plazo establecido, toda vez que, si bien se observó el radicado Forest mediante el cual se remitió la TRD para su actualización, a la fecha de su seguimiento, no se ha obtenido la actualización de esta.

VIII. Código Acción ISOLUCION: 971

Proceso / Dependencia(s) responsables: Gestión Administrativa / Dirección de Gestión Corporativa

Descripción OBSERVACIÓN No. 2 *"INCUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES. Una vez revisado el procedimiento Formulación, Ejecución y Seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones con código PA07-PR13, versión 7, aprobado mediante radicado2021IE27320 del 12/02/2021, se estableció que no se viene utilizando el anexo 1 formato Programación y seguimiento Plan Anual de Adquisiciones y no se pudo evidenciar el cumplimiento de la actividad No. 14 de la descripción del procedimiento que consiste en realizar registro de la ejecución del Plan Anual de Adquisiciones en el Componente C. SEGUIMIENTO EJECUCIÓN PAA y por lo tanto, el cumplimiento de la Responsabilidad establecida a cargo del Director de Gestión Corporativa y que consiste en: "Hacer seguimiento a la ejecución del PAA de proyectos de inversión y funcionamiento". Igualmente, en las actas del Comité de Contratación se observó que se viene efectuando el seguimiento, pero no queda un soporte que permita evidenciar que se hace un seguimiento efectivo al cumplimiento del Plan de Anual de Adquisiciones. Lo anterior, pudo ser ocasionado por desconocimiento de los lineamientos del procedimiento y puede ocasionar una ineficiente ejecución de los proyectos."*

Causas identificadas:

"El análisis de causas se realiza mediante la metodología de lluvia de ideas donde se identificó la causa raíz como: Falta de actualización del procedimiento."

Acción(es) de mejora implementada(s):

1. Realizar actualización y socialización del procedimiento Formulación, Ejecución y Seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones código PA07-PR13 armonizándolo con el acto administrativo actualizado que reglamente el comité de contratación.

Conclusión: Efectivo

1. Se definió una (1) causa, siendo coherente y pertinente con la descripción de las situaciones del hallazgo, propendiendo por una modificación de fondo para garantizar el cumplimiento y aplicabilidad de la acción que se propuso.
2. La acción que se buscó implementar guarda congruencia con la causa raíz, adicional que buscó controlar e implementar el seguimiento del PAA, con el fin de evitar que se volviera a materializar la situación identificada.
3. La acción de mejora implementada se pudo verificar en evidencia aportada por los responsables de la DGA y mediante mesa de trabajo llevada a cabo el 18 de octubre de 2022, en la cual indicó el paso a paso de cómo se consolida la información durante la vigencia y se lleva a cabo un seguimiento de la ejecución del PAA en el formato *"Programación y Seguimiento Plan Anual de Adquisiciones"* código PA07-PR13-F01. Así mismo se verificó en el aplicativo de Isolución la actualización del procedimiento de *"Formulación, Ejecución y Seguimiento al Plan Anual de Adquisiciones"* código PA07-PR13, el cual se encuentra en su versión No. 8, la cual fue aprobada el 06 de enero de 2022, observando que en la descripción de la modificación se relacionó:

> *"Se actualizan los anexos 1 y 2, adicional se elimina anexo 3 instructivo Lineamientos del Plan Anual de Adquisiciones, debido a que la información ya es obsoleta y no se requiere para diligenciamiento del anexo 1, ni el procedimiento. Se ajusta responsabilidad y autoridad y actividades, por observaciones de la auditoria interna se actualiza el mismo."* (subrayado fuera de texto)

Por lo anterior, se consideró por parte del equipo de la OCI, que la acción planteada fue efectiva.

IX. Código Acción ISOLUCION: 993

Proceso / Dependencia(s) responsables: Direccionamiento Estratégico / Dirección Legal Ambiental

Descripción Radicado No. 2021IE210819 del 30 de septiembre de 2021. Observación No. 1. Política de Defensa Jurídica. *"Por incumplimiento del artículo 2.2.4.3.1.2.4. "Sesiones y votación" del Decreto Único Reglamentario No. 1069 den 2015 respecto del Comité de Conciliación. • Durante el primer semestre de la vigencia 2021, el Comité de Conciliación sesionó en 10 oportunidades según la siguiente relación de actas, situación que evidencia un incumplimiento parcial del artículo 2.2.4.3.1.2.4. "Sesiones y votación" del Decreto Único Reglamentario No. 1069 de 2015 que establece que "El Comité de Conciliación se reunirá no menos de dos veces al mes, y cuando las circunstancias lo exijan", en tanto al primer semestre se debieron realizar 12 sesiones por parte de esta instancia. No.*

de Acta y Fecha Sesión Acta del 20 de enero de 2021 Sesión virtual ordinaria número 01 del año 2021. Acta del 18 de febrero de 2021 Sesión virtual ordinaria número 02 del año 2021. Acta del 26 de febrero de 2021 Sesión virtual ordinaria número 03 del año 2021. Acta del 18 de marzo de 2021 Sesión virtual ordinaria número 4 del año 2021 Acta del 26 de marzo de 2021 Sesión virtual ordinaria número 4 del año 2021 Acta del 08 de abril de 2021 Sesión virtual ordinaria número 5 del año 2021 Acta del 04 de mayo de 2021 Sesión virtual ordinaria número 6 del año 2021 Acta de 08 de junio de 2021 Sesión virtual ordinaria número 7 del año 2021 Acta del 15 de junio de 2021 Sesión virtual ordinaria número 8 del año 2021 Acta del 24 de junio de 2021 Sesión virtual ordinaria número 9 del año 2021 Esta situación se presenta porque la Secretaría Técnica no ha tenido observancia de los requisitos legales en torno a la operación del Comité de Conciliación de la Secretaría Distrital de Ambiente, porque no se convocaron las sesiones mensuales mínimas requeridas, y porque el indicador "% de cumplimiento de sesiones exigidas en el Comité de Conciliación" no es útil para generar información relevante y oportuna, toda vez que su periodicidad de medición fue estimada semestralmente, lo cual genera como efecto la ausencia de información temprana para tomar decisiones respecto de las desviaciones."

Causas identificadas:

- *"¿Por qué no se ha dado cumplimiento al número mínimo de sesiones que debe desarrollar el Comité de Conciliación? R/ No se identificaron temas en materia de Defensa Jurídica para ser tratados en el comité de conciliación y por esta razón no se llevaron a cabo las sesiones mínimas mensuales.*
- *¿Por qué no se identificaron temas en materia de Defensa Jurídica para ser tratados en el comité de conciliación? R/ No se definió un plan de trabajo por apoderado judicial para generar distribución de temas a tratar en los comités de conciliación."*

Acción(es) de mejora implementada(s):

1. Definir un plan de trabajo donde se establezca que apoderado judicial presentará los temas a ser tratados en los comités de conciliación de lo que resta de la vigencia.
2. Dar estricto cumplimiento a la comunicación No. 2021IE175237 del 20 de agosto de 2021, mediante la cual se socializó a las dependencias la programación de las sesiones del comité de conciliación para lo restante de la vigencia.

Conclusión: No Efectivo

1. Se definieron dos (2) causas que son coherentes y pertinentes con la descripción de las situaciones del hallazgo, sin embargo, no son suficientes dado que los controles implementados son temporales y no considerados documentados en procedimientos.
2. Las acciones implementadas subsanaron las causas identificadas. Revisados los registros de las actas de enero a septiembre, realizadas en la vigencia 2022, donde se observó que se han desarrollado las sesiones de acuerdo con lo dispuesto en Decreto Único Reglamentario No. 1069 de 2015 articulo 2.2.4.3.1.2.4.

3. Las acciones de mejora implementadas no consideraron ajustes o modificaciones en relación con políticas de operación para la programación y seguimiento de la periodicidad de las sesiones del comité de conciliaciones en el procedimiento "Procesos judiciales en contra de la entidad código PA05-PR03, que permita tener como control permanente para la mejora y que eviten que el hallazgo y sus causas se vuelvan a presentar.

6. CONCLUSIONES.

De acuerdo con el análisis realizado respecto a la identificación de causas y la implementación de nueve (9) acciones y entregables de los planes de mejoramiento implementados y evaluados, se encontró:

- Cinco (5) acciones de mejoramiento fueron conceptuadas como efectivas, con base en su capacidad para eliminar las causas de las situaciones identificadas en los hallazgos de auditoría interna y asegurar que no se volverán a presentar en igual o similar forma.
- Las cuatro (4) acciones de mejoramiento restantes fueron conceptuadas como no efectivas.

La Oficina de Control Interno recomienda a los procesos responsables de las acciones de mejora implementadas para los casos descritos en este informe, revisar y generar acciones complementarias que subsanen en su totalidad las deficiencias descritas en los hallazgos de auditoria encontrados, lo que implica fortalecer el análisis de causas efectuado y diseñar acciones con metas medibles, alcanzables y verificables.

Nota:

Este reporte fue realizado con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por los auditores a cargo de la realización del trabajo. Una consecuencia de esto es la presencia del riesgo de muestreo, es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada no coincida con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber examinado todos los elementos que componen la población.

--

Bogotá, 26 de octubre de 2022



HÉCTOR FABIO RODRÍGUEZ DEVIA
Jefe de Oficina de Control Interno

Elaboró: *Bryan Javier Duarte Villamil / Francisco Javier Romero Quintero - Contratistas OCI*
Revisó: *Carlos Eduardo Buitrago Cano – Contratista, Rol Supervisor.*