

FORMATO		
ACTA DE REUNIÓN		
CODIGO	PROCESO	VERSION
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5



FECHA	30/07/2020	HORA INICIO	4:00 Pm	DURACIÓN (HORAS)	4 horas	ACTA No.	5
ASUNTO	Comité Institucional de Coordinación de Control Interno-CICCI						
CONTRATO /PROYECTO	No aplica						
ÁREA RESPONSABLE	OCI	Clasificación de la información del documento (No marque opción para información pública)				<input checked="" type="checkbox"/> Uso Interno. <input type="checkbox"/> Clasificada. <input type="checkbox"/> Reservada.	

ASISTENTES			
Nombre	Área / Entidad	Cargo/Tipo de vinculación	Firma
Diego Sánchez Fonseca	Dirección General-DG	Director General	
Rosita Esther Barrios Figueroa	Subdirección General de Gestión Corporativa-SGGC	Subdirectora SGGC	
José Félix Gómez Pantoja	Subdirección General de Desarrollo Urbano-SGDU	Subdirector SGDU	
Claudia Tatiana Ramos Bermúdez	Subdirección General de Infraestructura-SGI	Subdirectora SGI	
Gian Carlo Suescún Sanabria	Subdirección General Jurídica-SGJ	Subdirector SGJ	
Sandra Milena del Pilar Rueda Ochoa	Oficina Asesora de Planeación-OAP	Jefe OAP	
Lucy Molano Rodríguez	Oficina de Atención al Ciudadano-OTC	Jefe OTC	
Patricia del Pilar Zapata Oliveros	Oficina de Control Disciplinario-OCD	Jefe OCD	
Fanny Stella Pallares Rincón	Oficina Asesora de Comunicaciones-OAC	Jefe OAC	
Ismael Martínez Guerrero	Oficina de Control Interno-OCI	Jefe de la Oficina de Control Interno	

TEMAS	
1	Llamado a lista y verificación del <i>quorum</i>
2	Lectura y aprobación del orden del día
3	Presentación de No Conformidades objetadas por la Dirección Técnica de Gestión Judicial-DTGJ, la Oficina Asesora de Planeación-OAP y la Subdirección General de Desarrollo Urbano-SGDU al informe de auditoría al Sistema de Gestión MIPG-SIG 2020.
4	Proposiciones y varios

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO FO-PE-14	PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	VERSION 5	

DESARROLLO

1. Llamado a lista y verificación del *quorum*

El Jefe de la Oficina de Control Interno, en calidad de secretario técnico del CICCI, procedió a realizar la verificación del *quorum*, de acuerdo con lo establecido en el artículo 35 de la Resolución No. 3297 de 2020 “*Por la cual se actualizan las Instancias de Coordinación Interna del IDU*”. Una vez realizada esta actividad, se verificó la participación virtual de 9 de los 9 integrantes del CICCI, existiendo *quorum* deliberatorio y decisorio.

2. Lectura y aprobación del orden del día

El Jefe de la Oficina de Control Interno procedió a dar lectura al orden del día, mencionando la pertinencia de los temas a tratar, con base en las funciones del Comité, establecidas en la Resolución No. 3297 de 2020. La Subdirectora de la SGGC pidió que en proposiciones y varios, se permitiera la presentación de argumentos de la Subdirección Técnica de Recursos Humanos-STRH sobre el caso de la Exdirectora técnica de Proyectos, derivado de la Auditoría al Sistema de Gestión MIPG-SIG 2020, propuesta que fue aprobada por unanimidad por los integrantes del Comité participantes en la sesión virtual.

3. Presentación de No Conformidades objetadas por la Dirección Técnica de Gestión Judicial-DTGJ, la Oficina Asesora de Planeación-OAP y la Subdirección General de Desarrollo Urbano-SGDU al informe de auditoría al Sistema de Gestión MIPG-SIG 2020.

Con el fin de resolver las diferencias derivadas de los resultados de la Auditoría al Sistema de Gestión MIPG-SIG 2020, en relación con 8 hallazgos comunicados por la OCI a la Dirección Técnica de Gestión Judicial-DTGJ, la Oficina Asesora de Planeación-OAP y la Subdirección General de Desarrollo Urbano-SGDU, en su calidad de responsables/líderes de proceso, teniendo en cuenta las funciones establecidas para el Comité en el artículo 4 del Decreto 648 de 2017¹ implementadas en la entidad en el artículo 33 de la Resolución 3297 de 2020², en relación con la función de “*Servir de instancia para resolver las diferencias que surjan en desarrollo del ejercicio de auditoría interna*”, el Jefe de la OCI procedió a socializar a los asistentes la presentación elaborada, para ilustrar al Comité sobre los aspectos específicos relacionados con la No conformidad No. 1 del proceso Gestión Legal, No. 1, No. 2 y No. 3 del proceso Planeación Estratégica, No. 1 y No. 3 del proceso Prácticas Integrales de Gestión y No. 2 y No. 3 del proceso de Gestión Interinstitucional.

Cabe anotar que de acuerdo con el procedimiento “PREC01 Evaluación Independiente y Auditorías Internas V 6.0” vigente a la fecha, el Jefe de la OCI comunicó el Informe Preliminar de Auditoría al Sistema de Gestión MIPG - SIG a través de correo electrónico del 25/06/2020, en cuyo “Anexo 1. Respuesta a observaciones realizadas sobre el informe preliminar de auditoría” del informe final de auditoría, se presentó el resultado del análisis realizado por parte del equipo auditor frente a los comentarios u observaciones realizadas por los procesos, en los términos establecidos mediante comunicado 20201350138203 del 01/07/2020 y frente al cual, las dependencias manifestaron sus diferencias frente a 8 No Conformidades, situación que generó la convocatoria al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.

La metodología que se siguió fue la exposición, para cada una de las No conformidades, de los argumentos por parte del equipo auditor y el equipo auditado, y posteriormente se sometió a consideración y votación de los integrantes del CICCI la posición frente a la pertinencia de la No conformidad, y en ese sentido, sobre la obligatoriedad o no de formular el plan de mejoramiento correspondiente, dejando claro que el informe final de

¹ Decreto 648 de 2017 “Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública”.

² Resolución 3297 de 2020 “Por la cual se actualizan las Instancias de Coordinación Interna del IDU”.

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO FO-PE-14	PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	VERSION 5	

auditoría se mantiene en los mismos términos en los que fue radicado, por lo que la decisión tomada en este Comité está enfocada en la formulación o no de los planes de mejoramiento para las No Conformidades para las que se presentaron objeciones.

A continuación, se describe el desarrollo y aspectos relevantes frente a la exposición de cada uno de las No conformidades para las cuales se presentó diferencias, así:

PROCESO : GESTIÓN LEGAL

MEMORANDO : 20204250138003 DEL 01/07/2020

REFERENCIA : OBSERVACIÓN AL INFORME PRELIMINAR DE AUDITORIA AL SISTEMA DE GESTIÓN MIPG-SIG

☐ **No conformidad No. 1. Extemporaneidad en el diligenciamiento de la ficha 1742 en SIPROJ WEB**

Nº	Criterio	Descripción
NC 1	<p>Decreto 839 de 2018. Por medio del cual se establecen directrices y lineamientos en materia de conciliación y Comités de Conciliación en el Distrito Capital.</p> <p>CAPÍTULO VI. Sobre los deberes de los apoderados frente a los comités de conciliación.</p> <p>Numeral 14.2. “(...) En todo caso, deberán diligenciar la ficha técnica respectiva con al menos tres (3) días de anticipación a la celebración del Comité de Conciliación, de conformidad con lo establecido en la Directiva No. 002 de 2017 expedida por la Secretaría Jurídica Distrital.”</p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de la Calidad</p> <p>8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios. “Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que:</p> <p>a) Los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo:</p> <p>1. Cualquier requisito legal y reglamentario aplicable. (...)”</p>	<p>No conformidad N°1. Extemporaneidad en el diligenciamiento de la ficha 1742 en SIPROJ WEB</p> <p>Se evidenció extemporaneidad en el diligenciamiento de la ficha 1742 en SIPROJ WEB, lo cual contraviene lo estipulado en el Artículo 14.2 del Decreto 839 de 2018 y el punto 1 del literal a) del numeral 8.2.2 de la NTC ISO 9001:2015, aspecto que puede afectar la capacidad de la Entidad en cumplir los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios.</p> <p>Lo anterior dado que, respecto de la Ficha 1742, el Acta N° 02-2020 indica fecha de sesión el 29/01/2020, pero en SIPROJ WEB registra fecha de creación de la ficha el 28/01/2020, la cual debió crearse a más tardar el 24/01/2020 en virtud de lo dispuesto en el Artículo 14.2 del Decreto 839/18.</p>

Intervención equipo auditado:

El Director Técnico de Gestión Judicial, doctor Carlos Francisco Ramírez y el profesional Omar Alirio Prada, manifestaron que si bien existió la extemporaneidad prevista, la solicitud de radicación de conciliación inicial no fue trasladada a la DTGJ, en su oportunidad, sino que se hizo hasta el 20 de enero de 2020. Manifestaron que se recibió correo por parte de la Procuraduría General de la Nación citando a audiencia de conciliación programada para el 7 de febrero de 2020 y fue ahí

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO	PROCESO	VERSION	
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5	

donde, previo a la solicitud de antecedentes requerida el 20/01/2020 y respuesta por parte del área el 25/01/2020, se procedió a elaborar la ficha de conciliación y es así que, la misma fue recibida por parte del apoderado el 28/01/2020. Se aclaró que el Comité DJCR fue aplazado para el 29/01/2020.

Frente a la situación presentada, manifestaron que la ficha 1742 es un caso excepcional generado por la intervención inoportuna de otra dependencia, en este caso, la Dirección Técnica de Predios que omitió redireccionar el documento recibido desde el 13 de noviembre de 2019, al no ser de su competencia. En este sentido plantearon que el hecho identificado no es un hecho material que evidencie deficiencias en la gestión del proceso, máxime cuando la situación detectada no es atribuible al proceso de Gestión legal, sino que fue derivada de las deficiencias en otro proceso.

Intervención equipo auditor:

El jefe de la OCI presentó la descripción del hallazgo, los criterios de auditoría incumplidos y la aclaración y precisiones que la OCI emitió en su Informe Final de Auditoría, frente al pronunciamiento que la DTGJ presentó como respuesta al Informe Preliminar de Auditoría, haciendo énfasis en que si bien, fue el único caso detectado dentro de la muestra seleccionada, la razón del equipo auditor es que fue un incumplimiento a un requisito legal. Complementó la presentación la profesional de la OCI que ejerció como líder del equipo auditor, abogada Angie Estefany Villanueva Cortés Profesional Universitaria 219-03, indicando que en efecto se presentó una extemporaneidad, lo cual refleja un incumplimiento al numeral 14.2 del Decreto 839 de 2018; se reiteró la importancia de involucrar otros procesos que hacen parte de este control y formular con ellos, de ser el caso, el respectivo Plan de Mejoramiento; por último, se indicó que, al margen de la muestra evaluada, se reco noce por el área la extemporaneidad. Finalmente, la profesional manifestó que el hallazgo se detectó en la evaluación al proceso de Gestión legal, que no necesariamente implica que sea derivado de deficiencias en dicho proceso, y que precisamente, en el análisis de causas que se realice para la construcción del Plan de mejoramiento, se podrían identificar las acciones y responsables de ejecutarlas, a fin que esta situación no se vuelva a presentar.

Intervención Comité:

La Jefe de la Oficina de Control Disciplinario manifestó que, por tratarse de un incumplimiento de un requisito legal, así no se hubieran detectado más casos, la No conformidad era procedente y que debería formularse Plan de mejoramiento. Por otro lado, los demás integrantes del Comité manifestaron que, al ser un caso excepcional y aislado, que no representa materialidad del hecho, no procedía la formulación del Plan de mejoramiento. En conclusión, 8 de los 9 integrantes del CICC manifestaron que no era procedente la No Conformidad formulada, y en ese sentido, no se requiere la formulación del Plan de mejoramiento.

PROCESO: PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

MEMORANDO: 20201150138223 DEL 01/07/2020

REFERENCIA: OBSERVACIONES AL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA 2020

- No conformidad No. 1 No se evidenció evaluación del cumplimiento de las promesas de valor para cada parte interesada.**

La presentación realizada por la OCI resumió el hallazgo así:



FORMATO
ACTA DE REUNIÓN

CODIGO
FO-PE-14

PROCESO
PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

VERSION
5

Nº	Criterio	Descripción
NC1	NTC ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad 4.2 Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas: “La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes”.	No Conformidad N°1: No se evidenció evaluación del cumplimiento de las promesas de valor para cada parte interesada. Revisada la determinación de las partes interesadas incluidas en el documento PL-PE-01 “Plan Estratégico 2016-2027” V3.0, contrastado con el Cuadro de Mando e indagado el personal del Proceso, acerca del seguimiento y revisión de la información sobre las partes interesadas y sus requisitos pertinentes, se determinó que no se está llevando a cabo la evaluación y seguimiento a las promesas de valor, incumplándose el numeral 4.2 de la NTC ISO 9001:2015, lo cual impide verificar el impacto del sistema en las partes interesadas.

Intervención equipo auditor:

El profesional Camilo Barajas de la OCI, en su calidad de líder de auditoría a este proceso, presentó la descripción del hallazgo, los criterios de auditoría incumplidos y la aclaración y precisiones que la OCI emitió en su Informe Final de Auditoría frente al pronunciamiento que la Oficina Asesora de Planeación – OAP realizó mediante memorando 20201150138223, como respuesta al Informe Preliminar de Auditoría. El profesional enfatizó en que no se evidenció la existencia de seguimientos periódicos a este requisito normativo, lo cual impide contar con un elemento importante para el ejercicio de la Revisión por la Dirección y el mejoramiento continuo del sistema. Mencionó que en el sistema de indicadores institucional no se cuenta con indicadores específicos que realicen la función de control y verificación de esas “promesas de valor” o compromisos institucionales con cada una de las partes interesadas, toda vez que es importante el conocimiento del cumplimiento de los compromisos de la Entidad frente a las partes interesadas, toda vez que permite la reacción oportuna de la entidad frente a desempeños inadecuados respecto de estos compromisos.

Aclaró que dentro de los elementos diseñados por el consultor de la planeación estratégica 2016-2027, se encuentran tanto las promesas de valor como los objetivos, elementos que, para que se demuestre su cumplimiento, como representación de la relación adelantada con la parte interesada (a su vez elemento fundamental del sistema de gestión), deben ser periódicamente medidos y evaluados, tal y como lo requiere el ejercicio de Revisión por la Dirección, toda vez que la norma lo ha determinado como unos de sus insumos. Finalmente se mencionó que la No conformidad fue ratificada porque aún después del traslado del informe preliminar de auditoría, no fueron recibidos soportes que evidenciaran el seguimiento y la revisión de la información sobre las partes interesadas y sus requisitos pertinentes.

Intervención equipo auditado:

La Jefe de la Oficina Asesora de Planeación – OAP – y el profesional Carlos Campos – OAP –, expresaron que no se presentó incumplimiento al requisito relacionado en la No conformidad, toda vez que la Promesa de valor es definida como la esperanza futura que tiene el consumidor de satisfacer sus necesidades y expectativas razonables al comprar los productos o servicios del IDU, y en este sentido, las promesas de valor son un mecanismo utilizado para identificar los propósitos de la organización que se despliega en el planteamiento estratégico (filosofía organizacional) y en la planificación del sistema (planes, procedimientos, políticas, etc.), el cual se verifica cada 4 años en el ejercicio de diagnóstico y ajuste estratégico. Complementaron que el sistema evalúa la satisfacción a través de indicadores de gestión, el observatorio de satisfacción ciudadana (ex-ante, durante y ex-post) y demás instancias de medición de impacto (incluido clima laboral).

Adicionalmente, expresaron que el criterio empleado no es aplicable para la situación descrita, toda vez que “El apartado citado de la norma es sobre el manejo de la información generada para la gestión del contexto organizacional, como lo aclara el anexo de la norma ISO 9001: Donde esta Norma Internacional hace referencia a “información” en lugar de “información documentada” (por ejemplo, en el apartado 4.1: “La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas”), no hay ningún requisito que esa información se tenga que documentar. En tales situaciones, la organización puede decidir si es necesario o no, o si es apropiado mantener información documentada.”

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO FO-PE-14	PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	VERSION 5	

Intervención Comité:

El Director General solicitó algunas ampliaciones de las explicaciones dadas por los expositores, agradeció el trabajo adelantado por el equipo auditor y tras recibir las opiniones de los demás integrantes del Comité solicitó que se identificara como una oportunidad de mejora y se ajustaran los mecanismos para que en el ejercicio de Planeación Estratégica se adelanten las mediciones y se apoye la toma de decisiones a partir de sus resultados.

De manera unánime, los integrantes del Comité manifestaron que, por cuanto se interpreta como una oportunidad de mejora, no se requiere la formulación del Plan de mejoramiento.

➤ **No conformidad No. 2 Indisponibilidad de información en los repositorios oficiales establecidos**

Nº	Criterio	Descripción
NC2	<p>GU-AC-01 Guía Documentación MIPG-SIG</p> <p>7.3 Publicación y control de cambios: “La publicación de los documentos será realizada en la intranet y en los medios electrónicos disponibles para tal fin. Para su consulta, los documentos se dispondrán en la intranet en formato PDF o formatos electrónicos protegidos contra la modificación o alteración del contenido original (...). La Oficina Asesora de Planeación generará documentos electrónicos protegidos derivados del archivo magnético.”</p> <p>7.4 Divulgación y Socialización. “La divulgación del documento será realizada por la Oficina Asesora de Comunicaciones en los medios que destinen convenientes o a través del listado generado en el Sistema de Información electrónica”.</p> <p>NTC ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad</p> <p>7.5.3 Control de la información documentada - 7.5.3.2 “Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda:</p> <p>(...) b. <i>almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad.</i>”</p>	<p>No Conformidad N° 2: Indisponibilidad de información en los repositorios oficiales establecidos</p> <p>Consultado el repositorio oficial de la documentación, establecido en el Listado Maestro contenido en el aplicativo SUE, no se encontró disponible para la lectura el documento denominado “DU-PE-17 Indicadores de gestión en la práctica”; adicionalmente, se revisó el MG-PE-21 Manual del SGCN, donde se expuso la creación de la guía GU-CO-03 Protocolo comunicación en crisis; sin embargo, consultado el repositorio del SIG establecido en la intranet, no se encontró dicho documento (GU-CO-03), el cual tampoco se encontró relacionado en el listado maestro en el SUE³: repositorio de información documentada, hechos que contravienen lo dispuesto en los numerales 7.3 y 7.4 de la GU-AC-01 Guía Documentación MIPG-SIG, así como el numeral 7.5.3.2 literal b. de la NTC ISO 9001:2015, impidiendo verificar el contenido de dicho documento en su fuente originaria, debiéndose recurrir a otras fuentes de información.</p> <p>A continuación, se muestran los pantallazos de la indisponibilidad de los documentos mencionados:</p>   

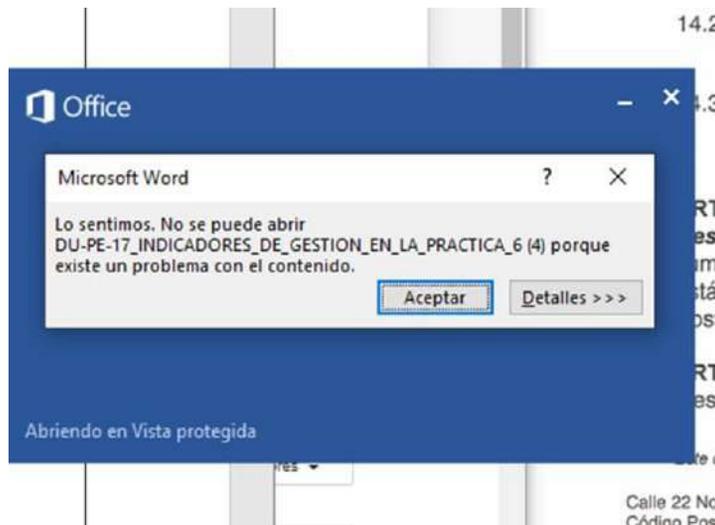
3

[HTTPS://OPENERP.IDU.GOV.CO/WEB#PAGE=0&LIMIT=80&VIEW_TYPE=LIST&MODEL=DOCUMENTOS_SIG.DOCUMENTO&MENU_ID=847&ACTION=822](https://openerp.idu.gov.co/web#page=0&limit=80&view_type=list&model=documentos_sig_documento&menu_id=847&action=822)

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO FO-PE-14	PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	VERSION 5	

Intervención equipo auditor:

El profesional Camilo Barajas, auditor líder para este proceso, presentó la No Conformidad, expresando que consultado el repositorio oficial de la documentación, establecido en el Listado Maestro contenido en el aplicativo SUE, no se encontró disponible para la lectura el documento denominado “DU-PE-17 Indicadores de gestión en la práctica”; adicionalmente, se revisó el MG-PE-21 Manual del SGCN, donde se expuso la creación de la guía GU-CO-03 Protocolo comunicación en crisis; sin embargo, consultado el repositorio del SIG establecido en la intranet, no se encontró dicho documento (GU-CO-03), el cual tampoco se encontró relacionado en el listado maestro en el SUE : repositorio de información documentada, hechos que contravienen lo dispuesto en los numerales 7.3 y 7.4 de la GU-AC-01 Guía Documentación MIPG-SIG, así como el numeral 7.5.3.2 literal b. de la NTC ISO 9001:2015, impidiendo verificar el contenido de dicho documento en su fuente originaria, debiéndose recurrir a otras fuentes de información. Seguidamente, se mostraron los pantallazos de la indisponibilidad de los documentos mencionados, como se muestra en las siguientes imágenes:



El profesional manifestó que la OAP, como propietaria del Sistema de Información SUE, el cual, según la Circular N°27 de 2020, es el “Módulo para la gestión y control de los documentos del sistema integrado de gestión de la entidad”, tiene la obligación y la capacidad de ajustar la disponibilidad de los documentos, sea esta de carácter tecnológico o de gestión, situación que es responsabilidad de la administración, toda vez que, al proponer un medio de divulgación, debe garantizarse que ese medio sea el idóneo para realizar la actividad, ajustando los elementos que se requieran para lograr el propósito

Adicionalmente, mencionó que la dependencia es consciente de la importancia de la disponibilidad, para personas de los procesos críticos, que tengan o no un perfil autorizado en SUE, de los documentos de Gestión de la Continuidad, pues lo habían expresado en la reunión el 20 de septiembre de 2019 del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, al hacer el recuento de la Revisión por la Dirección. (Ver acta N°5)

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO	PROCESO	VERSION	
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5	

Frente a las demás alternativas de divulgación, mencionó que en el informe final de auditoría no se presentó reparo al respecto, pero esto no le resta importancia a la situación descrita, toda vez que la falla técnica que impidió la visualización de los archivos es un hecho cierto, que en la respuesta al informe se admite, y que es evidencia suficiente y pertinente de su ocurrencia y necesidad de ajuste a través de la construcción del plan de mejoramiento respectivo.

Intervención equipo auditado:

El equipo de la OAP argumentó que la publicación se realiza en los medios electrónicos disponibles y, por el tipo de extensión definida, el documento en SUE: Información Documentada no puede directamente manejar dicho tipo de archivos ya que el sistema solo permite el cargue de extensiones .pdf .docx y xlsx, es decir, no es un medio electrónico disponible. Por lo cual, la herramienta válida de consulta es la intranet. Igual, el documento si fue consultado, porque de su consulta fue estructurada la No Conformidad N° 3: "Inadecuado control de versiones del documento denominado DU-PE-17 Indicadores de Gestión en la Práctica, V 6.0, sobre el mismo". Indicaron además que, para el periodo de trabajo en casa el mecanismo de divulgación documental es la intranet, a la cual se puede acceder por medio del VPN.

Con respecto del documento MG-PE-21 Manual de Gestión de continuidad y todos los documentos de Continuidad, aclaró la OAP que, existe una restricción, pero se encuentran disponibles en el Open Erp a los perfiles autorizados. La Gestión de la continuidad define estrategias para blindar a la organización en sus vulnerabilidades frente a un evento de indisponibilidad, *la publicación abierta de esta información podría generar que terceros conocieran las debilidades de la organización o se adelantarán a cursos de acción, volviendo inefectiva la respuesta.*

Intervención Comité:

Luego de escuchar los argumentos presentados, los integrantes del Comité manifestaron que, dado que la información se encontraba disponible en la intranet institucional y que no ha sido un hecho material en la medida en que ha sido posible acceder al documento por ese medio, unánimemente manifestaron que no era procedente la No conformidad formulada, y en ese sentido, no se requería la formulación de Plan de mejoramiento.

No conformidad No. 3: Inadecuado control de versiones del documento denominado DU-PE-17 Indicadores de Gestión en la Práctica, V 6.0

N°	Criterio	Descripción
NC3	<p>GU-AC-01 Guía Documentación MIPG-SIG</p> <p>7.3 Publicación y control de cambios: "(...) Para el control de cambios deberán diligenciarse los campos de la tabla "Control de Versiones" (versión, fecha, descripción de los cambios y número de folios)"</p> <p>NTC ISO 9001:2015 Sistemas de Gestión de Calidad</p> <p>7.5.3 Control de la información documentada - 7.5.3.2 "Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda:</p> <p>(...) c. control de cambios (por ejemplo, control de versión)"</p>	<p>No Conformidad N° 3: Inadecuado control de versiones del documento denominado DU-PE-17 Indicadores de Gestión en la Práctica, V 6.0</p> <p>Al revisar el documento DU-PE-17 Indicadores de gestión en la práctica - V 6.0, se encontró que se encuentra mal versionado, toda vez que al revisarse en el aplicativo SUE: Información documentada, dicho documento no cuenta con versiones anteriores, incumpléndose lo establecido en el numeral 7.3 Publicación y Control de Cambios de la GU-AC-01 Guía de Documentación MIPG – SIG V.8 y lo estipulado en el literal c del numeral 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015, ocasionando errores en la trazabilidad documental del sistema.</p> <p>De acuerdo con la información contenida en el cuadro de Control de Versiones, este documento se originó del documento GU-PE-18 "Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional" V5.0, documento que, si bien es su antecesor metodológico, no tiene relación en cuanto a tipo documental, ni nombre, ni alcance, razones por las cuales no procede numerar la primera versión del documento DU-PE-17 con la versión 6 (que sería la del documento GU-PE-18).</p>

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO	PROCESO	VERSION	
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5	

Intervención equipo auditor:

El profesional Camilo Barajas, en calidad de auditor líder del proceso, manifestó que al revisar el documento DU-PE-17 Indicadores de gestión en la práctica - V 6.0, se encontró que se encuentra mal versionado, toda vez que al revisarse en el aplicativo SUE: Información documentada, dicho documento no cuenta con versiones anteriores, incumpléndose lo establecido en el numeral 7.3 Publicación y Control de Cambios de la GU-AC-01 Guía de Documentación MIPG – SIG V.8 y lo estipulado en el literal c del numeral 7.5.3.2 de la NTC ISO 9001:2015, ocasionando errores en la trazabilidad documental del sistema.

De acuerdo con la información contenida en el cuadro de Control de Versiones, este documento se originó del documento GU-PE-18 “Guía de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional” V5.0, documento que, si bien es su antecesor metodológico, no tiene relación en cuanto al tipo documental, ni nombre, ni alcance, razones por las cuales, se indicó que no procedía numerar la primera versión del documento DU-PE-17 con la versión 6 (que sería la del documento GU-PE-18).

Con respecto a la explicación que ofreció el proceso de Planeación estratégica acerca de mantener la trazabilidad de temáticas (resaltado fuera del texto), argumentando lo expresado en el anexo A.6 de la norma ISO 9001:2015, en este anexo se dispone lo siguiente:

“... Un requisito para “mantener” información documentada no excluye la posibilidad de que la organización también podría necesitar “conservar” la misma información documentada para un propósito particular, por ejemplo, para conservar versiones anteriores de ella. ...”

Es importante que se contextualice con lo expresado en el segundo párrafo del mismo anexo que explica de manera clara qué se entiende por “mantener la información documentada”:

“...Donde la Norma ISO 9001:2008 utilizaba una terminología específica como “documento” o “procedimientos documentados”, “manual de la calidad” o “plan de la calidad”, la presente edición de esta Norma Internacional define requisitos para “mantener la información documentada”. ...”

Una vez leída esta aclaración contenida en la norma, es claro que el versionamiento hace referencia a documentos específicos, no a temáticas, como erradamente interpreta la OAP.

Adicionalmente, se evidenció que la tabla de control de versiones incluida en el documento DU-PR-17, hace parte de un documento diferente al que se vincula, toda vez que se evidencia que es, con excepción de la línea numerada 6 del 2020-02-12, el control de versiones del documento denominado GU-PE-18 “Guía de seguimiento a la Gestión IDU” v 5.0, documento que, como ya se mencionó en el informe preliminar de auditoría, correspondía a otro tipo documental y contaba con sus particularidades de identificación diferentes, atendiendo las características contenidas en la “Guía de documentación MIPG-SIG” GU-AC01 V8.

Es por esta razón que en la codificación del documento se registra el documento como DU-PE-17, mientras que la Guía se encontraba registrada como GU-PE-18.

Por lo tanto, se evidenció que se está empleando de manera inadecuada el control de versiones (cambios), contemplado en la Guía GU-AC-01 y el numeral 7.5.3 literal c. de la norma ISO 9001:2015.

Intervención equipo auditado:

El equipo auditado de la OAP, expresó que el hallazgo se basa en dos criterios, el primero, el numeral 7.3. Publicación y Control de Cambios, en el cual se expresa que debe llenarse la tabla de control de versiones, como puede verse en la imagen adjunta, tomada de la página 9 y 10 del documento DU-PE-17, éste sí se incluyó.

El segundo criterio hace referencia al numeral 7.5.3.2 c) control de cambios (control de versiones) sobre el cual en el anexo A.6, utilizado para entender la norma ISO 9001, describe “Un requisito para “mantener” información documentada no excluye la posibilidad de que la organización también podría necesitar “conservar” la misma información documentada para un propósito particular, por ejemplo, para conservar versiones anteriores de ella.” En este sentido para mantener la trazabilidad de la temática abordada por un documento la OAP no versiona códigos sino tópicos, de forma que en algún momento del

FORMATO		
ACTA DE REUNIÓN		
CODIGO	PROCESO	VERSION
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5



tiempo por solicitud puntual de algún grupo de interés es posible recuperar el documento que definía lineamientos en un instante de tiempo concreto.

Finalmente, argumentaron que el Sistema Open Erp no tiene la capacidad de gestionar este atributo de la información documentada, por lo cual la Guía de documentación solo prevé el uso de la tabla de control de cambios. En este sentido, reiteraron lo dispuesto por la norma en el numeral 1. Objetivo y Campo de aplicación que establece unos requisitos genéricos, pero que no especifica cómo deben ser cumplidos y que la forma de cumplirlos varía de acuerdo con las características de la organización, y su grado de madurez.

Intervención Comité:

De manera unánime, los integrantes del CICC manifestaron estar de acuerdo con los argumentos presentados por el equipo de la OAP que intervino y que adicionalmente, el hecho identificado no es material y no ha afectado la operación del proceso. En conclusión, de manera unánime, los 9 integrantes del CICC manifestaron que no procedía la No conformidad y en ese sentido, no era necesaria la formulación de plan de mejoramiento.

PROCESO: PRÁCTICAS INTEGRALES DE GESTIÓN

MEMORANDO: 20201150138223 DEL 01/07/2020

REFERENCIA: OBSERVACIONES AL INFORME DE AUDITORÍA INTERNA 2020

No Conformidad N°1: Falta de control de los activos de información denominados “Sistemas de Información” a cargo del proceso.

FORMATO		
ACTA DE REUNIÓN		
CODIGO	PROCESO	VERSION
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5

Nº	Criterio	Descripción
NC1	<p>Circular N° 27 de 2020: Propiedad de los activos de información denominados “Sistemas de Información”</p> <p><i>“Los Sistemas de Información son activos de información de alta criticidad, de acuerdo con su valoración. (...)El propietario será el responsable de la integridad de los datos ingresados al sistema de información y, por ende, de la calidad de la información que el sistema reporte a posteriori”.</i></p> <p><i>“La propiedad de los activos de información denominados “Sistemas de Información”, se encuentra asignada de la siguiente manera:</i></p> <p><i>Nombre Sistema de Información: SUE: Sistema de Información Documentada del SIG</i></p> <p><i>Descripción: Módulo para la gestión y control de los documentos del sistema integrado de gestión de la entidad: Caracterización de servicios, Manual Administrativo, Especificación Técnica, Formato, Cartilla, Guía, Instructivo, Procedimiento, Documento, Plan, Manual operativo, Caracterización</i></p> <p><i>Propietario: Jefe Oficina Asesora de Planeación”</i></p> <p>NTC ISO 27001:2013 Sistemas de Seguridad de la Información</p> <p>Anexo A7.1.1 Inventario de Activos Control: <i>“Todos los activos deben estar claramente identificados y se debe elaborar y mantener un inventario de todos los activos importantes”.</i></p>	<p>No Conformidad N° 1. Falta de control de los activos de información denominados “Sistemas de Información” a cargo del proceso.</p> <p>No se evidenció la inclusión del Sistema de Información Documentada SUE, como parte del inventario de Activos de Información del proceso, incumpliendo lo definido en la Circular 27 de 2020 que designa a la OAP como propietaria del Sistema y lo establecido en el Anexo A.7.1.1. de la NTC ISO 27001:2013, situación que puede propiciar la falta de seguimiento y control a este activo de información, con posibles afectaciones a la Confidencialidad, Integridad y Disponibilidad del mismo.</p>

Intervención equipo auditor:

El jefe de la OCI presentó la descripción del hallazgo, los criterios de auditoría incumplidos y la aclaración y precisiones que la OCI emitió en el Informe Final de Auditoría al Sistema de Gestión MIPG-SIG frente al pronunciamiento que la OAP presentó como respuesta al Informe Preliminar de Auditoría. Complementó la presentación la ingeniera Yully Montenegro Suárez, profesional de la OCI que ejerció como líder del equipo auditor, indicando que el inventario de activos de información de la Oficina Asesora de Planeación OAP, líder de 4 procesos institucionales (incluyendo el de Prácticas integrales de Gestión), se encontró desactualizado, resaltando la necesidad de formular un plan de mejoramiento con alcance a todos los activos de información de cada proceso, incluyendo los denominados “Sistemas de Información”, por lo que la misma acción formulada desde el proceso de Planeación Estratégica, puede atender la No Conformidad N° 1 identificada para el proceso de Prácticas Integrales de Gestión”.

En consideración a que el principal argumento expuesto por el equipo auditado estuvo asociado a que la evaluación realizada por el equipo auditor se hizo a un periodo por fuera del alcance planteado en la auditoría, se precisó que si bien la Circular 27 es de abril 24 de 2020, en la reunión de apertura de la auditoría y en el Plan de auditoría, se indicó de manera

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO	PROCESO	VERSION	
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5	

explícita que el alcance de la auditoría era del 01 de junio de 2019 hasta el 31 de marzo de 2020, pero que si derivado de la ejecución de la auditoría era necesaria la consulta de información de periodos diferentes, el equipo auditor podía realizar los requerimientos respectivos. Por tal razón, la profesional manifestó que no tenía asidero el argumento expuesto por la OAP, cuando era un hecho completamente previsto desde la planeación de la auditoría.

Intervención equipo auditado:

El profesional de la OAP, Carlos Fernando Campos, argumentó que la No Conformidad se relacionaba con la Circular 27 de abril 24 de 2020, la cual, según el alcance definido en el plan de auditoría no aplicaba, dado que el periodo de la auditoría estaba comprendido entre el 1 de junio de 2019 hasta el 31 de marzo de 2020, razón por la cual el criterio relacionado se encontraba por fuera del rango temporal del ejercicio de auditoría.

Intervención Comité:

De acuerdo con lo manifestado anteriormente, la Jefe de la OCD manifestó su acuerdo con la formulación del plan de mejoramiento, argumentando que en su caso también debía asegurar la actualización de los activos de información. Por su parte, el Subdirector General de Desarrollo Urbano y el Director General, respectivamente, manifestaron estar de acuerdo con lo argumentado por el equipo auditor, con base en lo cual, se realizó votación por parte de los integrantes del Comité, decidiendo por mayoría de votos la formulación del plan de mejoramiento a cargo de la OAP, con alcance a todos los activos de información a cargo, según lo indicado por el auditor líder.

NC3: Falta de consulta al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para la definición de responsabilidades de auditoría en documentos institucionales.

Nº	Criterio	Descripción
NC3	<p>Decreto 648 de 2017. Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública.</p> <p>Artículo 2.2.21.1.6 Funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. “<i>Son funciones del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno (...):</i></p> <p><i>b. Aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración”.</i></p> <p>GU-AC-01 Guía de Documentación MIPG-SIG</p> <p>7.2 Validación, revisión y aprobación: “<i>Los documentos deben ser validados antes de su utilización para asegurar el cumplimiento de los requisitos y la aptitud para el uso previsto, dicha validación será responsabilidad del Representante del MIPG-SIG quien verificará el cumplimiento de los lineamientos documentales y la adecuación frente al Sistema, con base en las pautas de la</i></p>	<p>No Conformidad N° 3. Falta de consulta al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para la definición de responsabilidades de auditoría en documentos institucionales.</p> <p>Se encontró que en el instructivo IN-AC-06 que adoptó el Protocolo general de bioseguridad; el plan PL-AC-01 Prevención, preparación y respuesta ante emergencias y, el procedimiento PR-GL-04 Actualización y evaluación del normograma institucional, se definieron responsabilidades asociadas con auditoría, a cargo de la Oficina de Control Interno, sin consultar con el Comité Institucional de Coordinación de Control interno, ni evidenciar la inclusión de la OCI en el control de cambios de dichos documentos, lo cual contraviene lo establecido en el Decreto 648 de 2017 que faculta al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, para aprobar las actividades de auditoría presentadas por el jefe de la Oficina de Control Interno en el Plan Anual de Auditoría, además de las directrices para la validación, revisión y aprobación, definidas en el numeral 7.2 de la Guía GU-AC-01 Guía de</p>

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO	PROCESO	VERSION	
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5	

<p><i>presente guía y en la documentación existente.</i></p> <p><i>Los campos de validación, revisión y aprobación deberán recoger las siguientes recomendaciones (...):</i></p> <p>Revisado por: <i>Hace referencia a la revisión por parte de los Gerentes públicos <u>asociados con el contenido del documento respetando las funciones establecidas.</u> (...) El campo de revisión podrá ser repetido tantas veces como sea requerido”.</i></p> <p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad y NTC ISO 45001:2018. Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> <p>7.5.2 Creación y actualización. <i>“Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado:</i></p> <p><i>(...) c. La revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación”</i></p>	<p>documentación MIPG-SIG, lo cual podría generar incumplimiento por actividades de auditoría no contempladas en el instrumento para la actividad de la Auditoría Interna denominado Plan Anual de Auditoría.</p> <p>Las situaciones en mención se encuentran desarrolladas en el aparte de Sistema de Gestión de Calidad de este informe de auditoría.</p>
---	---

Intervención equipo auditor:

El jefe de la OCI presentó la descripción del hallazgo, los criterios de auditoría incumplidos y la aclaración y precisiones que la OCI emitió en el Informe Final de Auditoría al Sistema de Gestión MIPG-SIG frente al pronunciamiento que la OAP presentó como respuesta al Informe Preliminar de Auditoría.

La ingeniera Yully Montenegro Suárez, líder de la auditoría, realizó la presentación indicando de acuerdo con los criterios de auditoría que la No Conformidad se basó en los siguientes documentos, en los que se definieron responsabilidades asociadas con actividades de auditoría sin ser consultadas, en cumplimiento de lo definido en el Decreto 648 de 2017, con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno:

- El procedimiento PR-GL-04 Actualización y evaluación del normograma institucional versión 6.0 del 17/05/2018, que designa a la OCI responsabilidades asociadas con la evaluación anual a la implementación, actualización y mantenimiento del normograma institucional, la evaluación del cumplimiento de lo legal establecido en el mismo; así como el seguimiento a las acciones de autocontrol reportadas por las dependencias, labores que si bien se realizan, no están contempladas en el Plan Anual de Auditoría, como productos específicos, sino como parte de las actividades de auditoría por proceso desarrolladas por la OCI.
- El plan PL-AC-01 Plan de prevención, preparación y respuesta a emergencias, aun cuando fue actualizado en versión 8.0 del 30/04/2020, menciona como parte de las actividades de supervisión y evaluación, que anualmente la OCI realiza auditoría al SGSST, en la cual se incluye la evaluación del Plan para la Prevención, Preparación y Respuesta ante emergencias-PPPRE; no obstante, se aclaró que la auditoría anual de cumplimiento al SGSST no incluye la evaluación del Plan, en primera instancia, puesto que el alcance está dirigido a verificar la documentación y divulgación del mismo, más no a la evaluación propia del Plan, lo que implicaría evaluar su operatividad y funcionalidad, de acuerdo con los ejercicios de simulación y simulacros contemplados y desarrollados por el Instituto frente a las posibles situaciones de Emergencia y en segunda medida, dado que, para el cumplimiento de esta actividad se requiere de personal con formación en evaluación del PPPRE que, bajo la realización de ejercicios de simulaciones, con el apoyo de observadores y evaluadores, permitan el hallazgo de fortalezas y oportunidades de mejora, y en este sentido, es necesario generar la competencia en el personal de auditores internos para poder ejecutar este tipo de actividades.
- El instructivo IN-AC-01 Adopción del protocolo general de Bioseguridad, en versiones 1.0 del 12/05/2020 y 2.0 del 27/05/2020 define que la OCI desarrollará auditorías internas para verificar el cumplimiento de las medidas establecidas en el protocolo en mención; no obstante, dicha actividad fue incorporada en el Plan Anual de Auditoría

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO	PROCESO	VERSION	
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5	

actualizado en sesión del 02/06/2020, cuando la OCI identificó la inclusión de dicha responsabilidad en este documento.

Por lo anterior, se informó que se busca garantizar lo establecido en el Decreto 648 de 2017, que define la aprobación del Plan Anual de Auditoría o sus modificaciones por parte del Comité, dado que para ninguno de los documentos que soportan la No Conformidad, se evidenció la participación o consulta previa al Comité, para definir actividades de auditoría adicionales a las aprobadas en el Plan Anual de Auditoría 2020, solicitando la formulación de un plan de mejoramiento con el que se asegure que cualquier actividad o responsabilidad designada a la OCI, que deba definirse en un documento incorporado como parte del Sistema de Gestión MIPG-SIG, sea informada de manera oportuna como insumo para incluirla en el Plan Anual de Auditoría, que como se mencionó, es competencia exclusiva del CICCI.

En este sentido, se mencionó que al aprobarse ejercicios de auditoría/seguimiento con antelación a su consideración, análisis y aprobación por parte del CICC, se está poniendo en riesgo de incumplimiento a la Oficina de Control Interno, en consideración a que dicha dependencia no ha sido informada oportunamente sobre dichas actividades.

Intervención equipo auditado:

La OAP argumentó que la inclusión de la actividad de auditoría en el instructivo IN-AC-01 Adopción del protocolo general de Bioseguridad, se realizó atendiendo lo definido en la Circular externa 100-10 de 2020, que define en el Numeral 3 la ejecución de seguimientos especiales o auditorías a las medidas adoptadas con ocasión de la regulación expedida por la declaratoria de emergencia. Así mismo, se hizo mención de la Guía de auditoría para entidades públicas del DAFP, que hace referencia a la ejecución de Auditorías especiales o eventuales sobre procesos o áreas responsables específicas y ante eventualidades presentadas que obliguen a ello, además de Auditorías especiales solicitadas por el Representante Legal.

Así mismo, se argumentó que el Comité Institucional de Control Interno, no tiene como función la revisión o aprobación de documentos del sistema de gestión, dado que las instrucciones que se dan como orientación no vulneran las decisiones sobre el plan de auditoría con respecto a la función que tiene este comité, por lo que no es funcional enviarle al Comité la revisión de dichos documentos.

Intervención Comité:

La jefe de la Oficina de Control Disciplinario manifestó que consideraba pertinente la No conformidad, teniendo en cuenta los argumentos expuestos por el equipo auditor, en el sentido que, si el CICC tiene la facultad de aprobar el plan de auditoría de cada vigencia, ese mismo Comité es quien tiene la facultad para aprobar las modificaciones al plan inicial. No obstante, los restantes integrantes del CICC consideraron innecesaria la formulación del Plan de mejoramiento, en atención a que la inclusión de la auditoría prevista en el Protocolo de bioseguridad obedecía a un requerimiento legal y que dadas las circunstancias de inmediato cumplimiento, era necesaria su inclusión de carácter prioritario. En conclusión, 8 de los 9 integrantes del CICC manifestaron que no era procedente la No conformidad, y en ese sentido no era necesaria la formulación del Plan de mejoramiento.

PROCESO : GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL

CORREO: 02/07/2020 REMITIDO POR LA SGDU A LA OCI

ASUNTO: RESPUESTA INFORME PRELIMINAR DE AUDITORIA MIPG-SIG 2020 - PROCESO DE GESTIÓN INTERINSTITUCIONAL

- No conformidad No. 2. Inconsistencias en la categorización de Oficios y memorandos como Información Pública clasificada.**

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO FO-PE-14	PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	VERSION 5	

Nº	Criterio	Descripción
NC 2	<p>Ley 1712 de 2014. Ley de Transparencia.</p> <p><i>“Artículo 20. Índice de Información clasificada y reservada. Los sujetos obligados deberán mantener un índice actualizado de los actos, documentos e informaciones calificados como clasificados o reservados, de conformidad a esta ley. El índice incluirá sus denominaciones, la motivación y la individualización del acto en que conste tal calificación.”</i></p> <p>IN-TI-13 Instructivo identificación de activos de información y uso del módulo de apoyo a la gestión de activos de información V3.</p> <p>7.3.9.9. Valoraciones de los criterios de seguridad de la información para realizar la calificación.</p> <p><i>“Valoración cualitativa: Pública Clasificada. Descripción: Es aquella información que estando en poder o custodia del IDU, pertenece al ámbito propio, particular y privado o semiprivado de una persona natural o jurídica, por lo que su acceso podrá ser negado o exceptuado, siempre que se trate de las circunstancias legítimas y necesarias y los derechos particulares o privados. Esta corresponde a toda aquella información cuyo acceso pudiere causar un daño a los siguientes derechos: a) El derecho de toda persona a la intimidad, bajo las limitaciones propias que impone la condición de servidor público, en concordancia con lo estipulado. b) El derecho de toda persona a la vida, la salud o la seguridad. c) Los secretos comerciales, industriales y profesionales. También corresponden a esta categoría los datos que son catalogados como “dato semiprivado o privado” de acuerdo al Decreto 1377 de 2013; además de los datos de uso interno de la entidad y que no deben ser conocidos por el público en general. Están en esta clasificación todos los documentos manejados en la operación diaria pero que no tengan el carácter de reservado con base en la Ley 1712 de 2014.”</i></p> <p>NTC ISO 27001:2013 Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información</p> <p>Control A.8.2.1 Clasificación de la información Control La información se debe clasificar en función de los requisitos legales, valor, criticidad y susceptibilidad a divulgación o a modificación no autorizada.</p> <p>Memorando 20185360157473 del 19/06/2018: (...) Que la Ley 1712 de 2014, “Por medio de la cual se</p>	<p>No Conformidad N° 2. Inconsistencias en la categorización de Oficios y memorandos como Información Pública clasificada:</p> <p>Se evidenció que los radicados N° 2017526080385, 20172050273963, 20175260839232, 2017215028625, 20182050053941, 2018205005394, 2018526017113, 20182050067243, 20182050288481, 20185260705502, 20182050263123, 20182250324533, 20192050006153, 2018526017113 y 2018225032453, no tienen permisos para su consulta en el sistema ORFEO, por encontrarse como Información Pública Clasificada; sin embargo conforme al índice de Información Clasificada y Reservada del IDU, la SGDU (Líder Operativo), no presenta ningún documento que deba catalogarse como tal, situación que contraviene lo establecido en el Artículo 20 de la Ley 1712 de 2014, el numeral 7.3.9.9. del instructivo IN-TI-13-Instructivo identificación de activos de información y uso del módulo de apoyo a la gestión de activos de información, el Control A.8.2.1 de la NTC ISO 27001:2013 Sistemas de Gestión de Seguridad de la Información y el memorando 20185360157473 del 19/06/2018, situaciones que pueden afectar los principios de transparencia, publicidad y facilitación establecidos en la Ley de Transparencia.</p> <p>Es importante señalar que, para otorgar clasificación alguna a los documentos, éstos deben ser expresados conforme a las directrices del numeral 7.3.9.9.- Valoraciones de los criterios de seguridad de la información para realizar la calificación, que integra el Instructivo IN-TI-13 Identificación de activos de información y uso del módulo de apoyo a la gestión de activos de información V3, así como los parámetros de la Ley 1712 de 2014 Ley de Transparencia.</p>

FORMATO		
ACTA DE REUNIÓN		
CODIGO	PROCESO	VERSION
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5



crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”, establece que es obligación de las entidades públicas crear y mantener actualizados los instrumentos de gestión pública, entre ellos el registro de activos de información y el Índice de Información Clasificada y Reservada” (...)

(...) “Así las cosas, el Instituto de Desarrollo Urbano adopta el registro de activos de información y el Índice de Información Clasificada y Reservada que se encuentran publicados en la siguiente dirección <https://www.idu.gov.co/page/ley-1712-de-2014>, sección activos de información.” (...).

Índice de Información Clasificada y Reservada, disponible en la Página WEB del IDU. 10. Instrumentos de gestión de información pública.

Intervención equipo auditor:

El jefe de la OCI presentó la descripción del hallazgo, los criterios de auditoría incumplidos y la aclaración y precisiones que la OCI emitió en su Informe Final de Auditoría frente al pronunciamiento que la SGDU presentó como respuesta al Informe Preliminar de Auditoría. Complementó la presentación el profesional Héctor Pulido Moreno - Profesional Especializado, quién ejerció como líder del equipo auditor, indicando que, con base en la documentación del Subsistema de Gestión de Seguridad de la Información, los documentos son propiedad del área que los genera o de igual forma los que le son asignados por el sistema de información de correspondencia ORFEO, por tanto deben garantizar los atributos de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información. En ese sentido, manifestó que la no conformidad existe, y fue tan evidente el incumplimiento, que derivado de la retroalimentación realizada por el equipo auditor, el equipo auditado adelantó las gestiones pertinentes para el cambio de tipología.

Intervención equipo auditado:

La profesional Blanca Nubia Peñuela - Ingeniera de la Subdirección General de Desarrollo Urbano, manifestó que la activación “INFORMACIÓN PÚBLICA CLASIFICADA” no fue solicitada por la SGDU mediante memorando ni ningún otro medio institucional a la Subdirección Técnica de Recursos Físicos. De otra parte y como se aclaró a la auditoría en la reunión del 30 de junio de 2020, los radicados consultados en el sistema ORFEO, que se encontraban clasificados con restricción de permisos catalogados como: Información Pública Clasificada, no fueron clasificados desde la SGDU, dado lo estipulado en la Circular No. 21 de 2020. Reiteró que no se gestionó ningún trámite ni justificación desde la SGDU, al no existir necesidad, ni argumento alguno para clasificar la correspondencia de la Resolución 1076 de 2019, como “Información Pública Clasificada”. Igualmente, no se visualiza ni se evidencia en el sistema Orfeo la trazabilidad que, desde la SGDU, se haya realizado la citada clasificación a los radicados relacionados dentro de la connotación mencionada. Finalmente, mencionó que se había realizado la gestión para el cambio de tipología y la situación ya había sido corregida.

Intervención Comité:

De manera unánime, los integrantes del Comité estuvieron de acuerdo con los argumentos presentados por la profesional de la SGDU, y en consideración a que la situación ya había sido corregida, manifestaron que no era procedente la No conformidad, y en este sentido, no era necesaria la formulación del plan de mejoramiento.

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO FO-PE-14	PROCESO PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	VERSION 5	

□ No conformidad No. 3. Deficiencias en la formulación de acciones de planes de mejoramiento.

Nº	Criterio	Descripción
NC3	<p>NTC ISO 9001:2015. Sistemas de Gestión de Calidad</p> <p>10.2.1 “Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:</p> <p><i>(...) b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte”.</i></p> <p>PR-MC-01 Formulación, monitoreo y seguimiento a planes de mejoramiento.</p> <p>1.7.1.6 Formular Acciones de Mejoramiento: <i>“Formular las acciones del Plan de Mejoramiento, las cuales deben estar encaminadas a corregir la no conformidad o el hallazgo detectado y a eliminar la causa del hallazgo o no conformidad”.</i></p>	<p>No conformidad N° 3: Deficiencias en la formulación de acciones de planes de mejoramiento.</p> <p>Se evidenció falta de congruencia entre el hallazgo, la causa, la descripción de la acción y el indicador asociado a la acción N° 1852, en consideración a que ante la medición prevista, no es factible determinar la efectividad de dicha acción, dado que si bien se hicieron las gestiones de envío de oficios solicitando la modificación de los convenios frente a la frecuencia de los comités coordinadores, dicha gestión no se ha materializado, lo que según el análisis de causa raíz sería lo que permitiría que la No conformidad identificada en la auditoría SIG 2019 (Ausencia de informes consolidados 2019 para los convenios interadministrativos a cargo del proceso) se eliminará, lo cual contraviene lo dispuesto en el numeral 10.2.1 de la NTC ISO 9001:2015 y en el numeral 1.7.1.6 del procedimiento PR-MC-01, situación que puede generar que la consecuencia de dicho hallazgo se incremente y afecte en mayor medida el desempeño del proceso</p> <p>Se determina que, dicha declaración de no efectividad está asociada a que la caracterización del proceso no contempla una actividad del ACTUAR, que contribuya a la mejora y el desempeño del proceso.</p>

Intervención equipo auditor:

El jefe de la OCI presentó la descripción del hallazgo, los criterios de auditoría incumplidos y la aclaración y precisiones que la OCI emitió en su Informe Final de Auditoría frente al pronunciamiento que la SGDU presentó como respuesta al Informe Preliminar de Auditoría. Complementó la presentación el profesional Héctor Pulido Moreno, quién ejerció como líder del equipo auditor, indicando que, si bien la No conformidad inicial estaba asociada a la Inefectividad de la acción, se reformuló la No conformidad, teniendo en cuenta que se presentó Deficiencias en la formulación de la acción, toda vez que en el análisis de causas se identificó que la periodicidad de los informes podría ser lo que estaba generando la no elaboración y presentación de los informes; sin embargo, la acción se limitó a la elaboración y envío de oficios a la ETB y CODENSA para modificar la periodicidad de entrega de los informes, periodicidad que al cierre de la auditoría, no fue modificada en los Convenios. Adicionalmente, con corte 31/03/2020, se revisó la presentación de los informes para los Convenios 1069-2016 IDU - ETB y 849-2016 IDU – CODENSA, lo que evidenció cumplimiento en este aspecto, sin necesidad de modificar la periodicidad de los Comités, lo que refleja que hubo un deficiente análisis de causa, dado que, sin necesidad de modificar la periodicidad de los Convenios, los informes verificados aleatoriamente, se presentaron oportunamente. Finalmente, se adujo que la acción planteada era una acción más de trámite que de producto, lo que reafirma la deficiencia en la formulación de la misma.

Finalmente, el auditor líder aclaró que en la auditoría se evaluó la efectividad de la acción, dado que ya su eficacia había sido medida por lo que se encontraba en estado Terminado. Sin embargo, ante la causa identificada, se identificó inconsistencia entre la misma y la acción planteada y por tal razón, la No conformidad se replanteó en este sentido.

Por último, el Jefe de la Oficina de Control Interno, aclaró que, conforme a la dinámica establecida para los procesos de auditoría, el informe final puede comprender No Conformidades modificadas, como resultado de los argumentos esbozados por el equipo auditor como observación al reporte preliminar.

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO	PROCESO	VERSION	
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5	

Intervención equipo auditado:

La profesional Blanca Nubia Peñuela de la SGDU manifestó que no es oportuno informar por parte de la OCI que la acción tuvo falta de congruencia, toda vez que esta acción de mejoramiento se formuló en septiembre de 2019 y el plan de mejoramiento fue revisado y analizado por la OCI y posteriormente, registrado en el CHIE para el trámite de seguimiento y migración de las evidencias documentales, sin generarse ninguna observación o rechazo en su formulación inicial a la fecha de vencimiento de la acción 1852. Adicionalmente mencionó que la No conformidad identificada en la anterior auditoría, asociada con la no presentación de ellos informes de los Convenios, se encuentra superada, como bien lo pudo detectar el equipo auditor en la muestra escogida.

Intervención Comité:

De manera unánime, los integrantes del Comité estuvieron de acuerdo con los argumentos expuestos por la SGDU, en consideración a que, de la muestra escogida, el equipo auditor identificó el cumplimiento de la presentación de los informes de los Convenios. Al respecto, manifestaron que la No conformidad no era procedente, y en ese sentido, no se requería la formulación del Plan de mejoramiento.

En conclusión, de las 8 No conformidades que fueron objeto de análisis y discusión por parte de los integrantes del CICCI, en una de ellas se determinó la pertinencia de la No conformidad y su formulación de plan de mejoramiento y en 7 se dictaminó que no era procedente la No conformidad, y en este sentido, no era necesario formular Plan de mejoramiento. La No conformidad que se estableció como procedente fue la siguiente, correspondiente al proceso de Prácticas Integrales de Gestión: “Falta de control de los activos de información denominados “Sistemas de Información” a cargo del proceso”.

4. Propositiones y varios

Presentación de argumentos de la STRH frente a contenido de informe de auditoría al sistema de gestión MIPG-SIG 2020 referente al caso de la señora Liliana Mejía y su vinculación al cargo de Director Técnico de Proyectos.

La Subdirectora General de Gestión Corporativa indicó que como se solicitó al inicio del Comité, se invitó a la Subdirectora Técnica de Recursos Humanos-STRH y a la Directora Técnica Administrativa y Financiera-DTAF para que asistieran al Comité, a fin de presentar la gestión realizada desde la STRH frente al caso de la presunta falsedad de documentos presentados por la señora Liliana Mejía para acceder al cargo de Directora Técnica de Proyectos. Al respecto, la jefe de la Oficina de Control Disciplinario manifestó que, dado que actualmente desde dicha oficina se adelanta indagación preliminar sobre este asunto, se abstiene de participar en lo que se comente al respecto y se retiró del Comité.

La Subdirectora de la STRH manifestó, en primer lugar, que el alcance de la auditoría al sistema de gestión MIPG-SIG fue del 01 de junio de 2019 al 31 de marzo de 2020, y en este sentido, hay que precisar que se presentó un hecho sobreviviente a la auditoría y al periodo auditado, dado que fue con posterioridad a la terminación de dicho proceso, que se materializó el riesgo por el aporte de una documentación falsa para una vinculación laboral. Indicó que en el informe preliminar de auditoría no se encontraba incluida la presunta materialización del riesgo de corrupción consistente en el aporte de títulos de educación formal falsos por parte de los servidores de planta y en cambio en el informe final de auditoría se incluyeron nuevos hechos relacionados con la vinculación de la señora Liliana Mejía al cargo de Director de Proyectos, con el aporte por parte de aquella, de documentos de escolaridad que no corresponden a la realidad. Aunque este evento que no está identificado como una no conformidad del proceso de gestión de talento humano, el informe preliminar difiere del definitivo.

En segundo lugar, frente a lo indicado en la ausencia de oportunidad para dar respuesta a la manifestación de materialización del riesgo en “no contar con la información oportuna, pertinente, suficiente, veraz y confiable para el desarrollo de la auditoría”, manifestó que el proceso de Gestión del talento humano no contó con la oportunidad de dar las explicaciones, ni las razones por las cuales no se informó en el periodo auditado, pues no se había

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO	PROCESO	VERSION	
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5	

presentado la materialización del riesgo consistente en el aporte de documentación falsa por parte de un servidor de planta, en virtud que no se había terminado el proceso de verificación de requisitos, ni se contaba con el acervo probatorio necesario y suficiente que diera cuenta de la materialización de dicho riesgo.

Respecto a las consideraciones de fondo, en cuanto al mapa de riesgo de corrupción, la verificación de títulos fue lo que dio lugar a la identificación de inconsistencias y en ese proceso integral de verificación, se tiene que realizar la verificación de títulos académicos o requisitos de estudios, la cual se realizó conforme lo determina los controles consagrados en la matriz de corrupción del proceso de gestión de talento humano, verificación que se hizo de cara a la exigencia contemplada en el manual de funciones y competencias laborales para el ejercicio del cargo de director técnico 009 Grado 005 de la Dirección Técnica de Proyectos, cuyo contexto y alcance exige el cumplimiento en conjunto y no en forma aislada, de dichos requisitos, lo que conlleva a la verificación de cada uno de ellos y no solo de algunos, dado que la vinculación laboral para cualquier empleo público se produce con la reunión de los estudios de pregrado, postgrado y tarjeta profesional si así se exige, a lo cual explica, la razón por la cual la Subdirección Técnica de Recursos Humanos continuó con el trámite de la validación de la información, reiterando por ejemplo, a la Universidad Nacional de Colombia, la solicitud de verificación de autenticidad del título de posgrado, debido a que no se había obtenido una respuesta de fondo.

Manifestó que también hay que tener presente que el bien jurídico que se garantizaba en este caso es el principio de la buena fe que se predica respecto a las actuaciones de cualquier persona y el derecho al buen nombre mientras que la autoridad penal competente se pronuncie sobre los hechos, lo que existe es una presunción de derecho frente a una situación presentada en el aporte de documentos presuntamente falsos para la vinculación laboral.

Por otro lado, en cuanto a las acciones de la administración ante la identificación de los hechos tan pronto se tuvo confirmación de las inconsistencias frente al título de pregrado y tarjeta profesional, indicó que estas respuestas generaron un estado de alarma y se dio aviso a la administración e inmediatamente se iniciaron las acciones pertinentes. Una vez se produce la materialización del riesgo, se dio aviso a la Dirección Técnica de Gestión Judicial para efectos de realizar la respectiva denuncia penal y a la Oficina de Control Disciplinario para lo de su competencia, y con corte a la fecha, se está trabajando en la formulación e implementación de acciones de mejoramiento respecto a la matriz de riesgo de corrupción del proceso de gestión de talento humano, así como al cumplimiento de lo establecido por la Alcaldía Mayor de Bogotá en la Circular 52 de 2020 respecto a la verificación de los títulos y experiencia laboral de los funcionarios directivos, para lo cual se conformó en la STRH un equipo de colaboradores para realizar dicha tarea. En mérito de lo expuesto, concluyó que, de ninguna manera, ninguno de los funcionarios de la STRH incurrió en una acción que no fuera oportuna, pertinente, suficiente, veraz y confiable para el desarrollo de la auditoría.

Acto seguido, la Subdirectora de la SGGC reiteró que en el informe preliminar de auditoría, el equipo auditor no arguyó ningún elemento sobre la presunta materialización del riesgo de gestión “No contar con la información oportuna, pertinente, suficiente, veraz y confiable para el desarrollo de la auditoría”, y dado que esta aseveración se incluyó solamente en el momento de emitir el informe final, el proceso de Gestión del talento Humano no tuvo la posibilidad de pronunciarse al respecto y por tal razón, se acude a la instancia del CICCI, para aclarar el proceder de la STRH y manifestar que frente a la solicitud de la OCI de elaborar un plan de mejoramiento sobre el presunto riesgo materializado no es procedente, dadas las consideraciones presentadas por la Subdirectora Técnica de Recursos Humanos, y además, por las acciones que actualmente se están ejecutando, en cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Circular 52 de 2020. Complementó que desde la STRH se están adelantando acciones de mejora para actualizar la matriz de riesgos del proceso, en consonancia con las disposiciones establecidas en la Circular 52 de 2020, pero en lo que no se está de acuerdo, es en formular un plan de mejoramiento relacionado con la observación que hace la OCI en el sentido que durante el ejercicio auditor no se presentó información suficiente, veraz y completa porque como lo explicó la STRH, para el momento en el que se practicó la auditoría, no se había materializado el riesgo en relación con ese procedimiento.

FORMATO		
ACTA DE REUNIÓN		
CODIGO	PROCESO	VERSION
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5



La Directora Técnica Administrativa y Financiera manifestó su inconformismo y desacuerdo con la manifestación del equipo auditor y la forma como quedó expresada la misma, porque allí si se dice que no hay una información veraz y confiable, cuando eso no corresponde a la realidad y sobre todo a la forma temporal en que ocurrieron los hechos. Adicionalmente, reiteró el alcance del periodo auditado y que, si bien el asunto no quedó como una No conformidad, pues sí plantea un tema de la materialización de un riesgos de gestión del proceso de Evaluación y control, sobre el que se solicita la formulación de un plan de mejoramiento, que no corresponde con el proceder de la STRH, pues precisamente, es derivado de la aplicación de uno de los controles establecidos en la matriz de riesgos, que se identificaron inconsistencias en la información aportada por la exdirectora técnica de proyectos. Adicionó que para el periodo en que se ejecutó la auditoría, aún se estaba realizando la verificación de información y que mal habría hecho el proceso en declarar una materialización de riesgo sin tener todas las pruebas e información necesaria para poderlo declarar como tal.

El jefe de la OCI manifestó que la razón de por qué este asunto no fue tratado en el informe preliminar de auditoría al Sistema de Gestión MIPG-SIG es porque dicho informe se comunicó el 25/06/2020 y los hechos noticiosos sobre la presunta falsedad de documentos aportados por la exdirectora técnica de proyectos se dieron el 01/07/2020, fecha para la cual, aún no se había emitido el informe final. Al tratarse de un hecho relevante y relacionado con los temas objeto de auditoría, en consideración a la presunta materialización del riesgo de corrupción C.TH.01 “*Que los candidatos a posesionarse o que los servidores de planta del Instituto (LNR, provisionalidad, en Período de Prueba y carrera administrativa) aporten títulos de educación formal falsos*” del proceso de Gestión del talento humano, el equipo auditor consideró pertinente dejar referenciada la presentación del hecho, antes de la emisión del informe final, y reiterar que en la ejecución de la auditoría, en 2 momentos se indagó sobre si se habían materializado riesgos de corrupción en el periodo evaluado, a lo que personal del proceso, en entrevista del 23/04/2020 manifestó que no se había presentado materialización de ningún riesgo de corrupción y en el reporte realizado a la OAP en mayo de 2020, correspondiente al primer cuatrimestre de 2020, se expresó también que, no se había presentado la materialización del riesgos de corrupción citado. Por otro lado, frente al alcance de la auditoría, precisó que si bien el periodo a auditar era de junio de 2019 a 31/03/2020, tanto en el Plan de auditoría como en la reunión de apertura de la auditoría, se expresó explícitamente que, si se requería información de periodos diferentes al señalado, el equipo auditor podía requerir información al respecto.

Finalmente, expresó que frente a la materialización del riesgo G.EC.03: *No contar con la información oportuna, pertinente, suficiente, veraz y confiable para el desarrollo de las actividades de auditoría (aseguramiento)*”, el equipo auditor hizo alusión principalmente a la variable de oportunidad, y que la misma tiene un enfoque hacia fortalecer la gestión de riesgos y activar oportunamente los mecanismos dispuestos para tal fin, pero no tiene como propósito señalar o juzgar el proceder de los funcionarios de la STRH, dado que es un tema que le corresponde a las autoridades competentes.

Finalmente, los integrantes del Comité coincidieron en mencionar que es importante que se fortalezcan los controles asociados al riesgo C.TH.01 “*Que los candidatos a posesionarse o que los servidores de planta del Instituto (LNR, provisionalidad, en Período de Prueba y carrera administrativa) aporten títulos de educación formal falsos*”, se continúe con la actualización de la matriz de riesgos del proceso de Gestión del talento humano y se tomen las medidas de mejoramiento necesarias para fortalecer este procedimiento al interior de la entidad.

No habiendo más temas para tratar en el Comité, se dio por terminado a las 7:45 p.m.

CONCLUSIONES

- Respecto a las 8 No Conformidades elevadas al Comité, la NC 1, asociada al proceso de Prácticas Integrales de Gestión, posterior a su análisis, se concluyó la necesidad de construir Plan de Mejoramiento.

COMPROMISOS PACTADOS

Descripción	Responsable	Fecha de Entrega
-------------	-------------	------------------

FORMATO			
ACTA DE REUNIÓN			
CODIGO	PROCESO	VERSION	
FO-PE-14	PLANEACIÓN ESTRATÉGICA	5	
Formulación del plan de mejoramiento para la No Conformidad N° 1 identificada para el proceso de Prácticas Integrales de Gestión y cuya formulación se aprobó en este Comité		Jefe Oficina Asesora de Planeación	Plazo: 8 días hábiles

ANEXOS		
No	Nombre del Anexo: (documento/CD/Listas de asistencia)	Folios
1	Presentación Equipos Auditados	
2	Presentación Auditores	
3		