

**Control
Interno**



EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

RAPE Región Central



Vigencia 2016

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
	TITULO:	CÓDIGO:	Página 1 de 32
	INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01	

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

Vigencia 2016

Región Administrativa y de Planeación Especial RAPE – REGIÓN CENTRAL

DIEGO GARCÍA BEJARANO
Director Ejecutivo

OSCAR FLOREZ MORENO
Director Administrativo y Financiero

ANDREA LIZETT VELANDIA RODRÍGUEZ
Directora de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos

SANDRA MILENA JIMÉNEZ CASTAÑO
Jefe de Oficina Asesora de Planeación Institucional

DIANA RAMÓN OLAYA
Asesora de Comunicaciones y Prensa

JUAN MANUEL PINZÓN CÁCERES
Asesor Jurídico

JHON EMERSON ESPITIA SÚAREZ
Asesor de Control Interno

Edición
Enero de 2017



Avenida Calle 26 No. 59 – 41/65 oficina 702
Bogotá, D. C. - Código postal 111321
PBX: 3297380
www.regioncentralrape.gov.co

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:	CÓDIGO:	Página 2 de 32	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01		

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

Vigencia 2016

Tabla de Contenido

Introducción.....	4
Información General	5
Marco Legal	5
Objetivo	7
Alcance	7
BALANCE GENERAL DE LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD	10
Dependencias que conforman la entidad.....	10
Objetivos Institucionales	11
Resultados de la Gestión 2016	12
DIRECCIÓN EJECUTIVA	14
Compromisos Estratégicos	14
Compromisos de Calidad.....	16
Otros Compromisos	17
Plan de Mejoramiento	18
Evaluación General por Procesos	18
DIRECCIÓN TÉCNICA.....	20
Compromisos Estratégicos	20
Compromisos de Calidad.....	22
Otros Compromisos	22



	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
	TITULO:	CÓDIGO:	Página 3 de 32
	INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01	

Plan de Mejoramiento	23
Evaluación General	23
DIRECCIÓN CORPORATIVA	24
Compromisos Estratégicos	24
Compromisos de Calidad.....	26
Otros Compromisos	27
Plan de Mejoramiento	28
Evaluación General por Procesos	29
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	31

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:	CÓDIGO:	PÁGINA 4 DE 32	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01		

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS

Vigencia 2016

Introducción

El proceso de Control y Mejoramiento Continuo de la Región Administrativa de Planeación Especial, Región Central RAPE, presenta la evaluación de la gestión de las dependencias que conforman la entidad, para la vigencia 2016, teniendo como referente el cumplimiento de los compromisos y de las acciones reportadas en los instrumentos de valoración de la gestión por procesos, que tienen que ver con el plan de acción de la vigencia, la matriz de indicadores, la matriz de riesgos, el nivel de avance del MECI, el nivel de cumplimiento del Sistema de Gestión de Calidad, la efectividad del Plan de Mejoramiento y la atención de otros compromisos como el Plan Anticorrupción y la Ley de Transparencia, en concordancia con las disposiciones previstas en la Circular 04 de 2005 del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno.

En efecto, los instrumentos señalados, permiten establecer el nivel de gestión de las dependencias de la entidad, por cuanto éstos dan cuenta de: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos institucionales; b) Los objetivos perseguidos por cada proceso de las dependencias y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por procesos de cada dependencia, de acuerdo con lo programado en la planeación institucional, y que son consolidados tanto por la Oficina Asesora de Planeación, a través de informes de seguimiento, como por el proceso de Control Interno, como resultado de los informes y las auditorías realizadas durante la vigencia.

La evaluación se presenta, en cumplimiento a lo establecido en el Artículo 39 de la Ley 909 de 2004 *“Por medio de la cual se regula el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones”*, que establece *“(…) El Jefe de Control interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente Ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleos, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento”*.

Cabe anotar que este ejercicio de evaluación, se convierte en referente para la evaluación del desempeño institucional y la evaluación del desempeño laboral de los empleados de carrera administrativa, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 52 del Decreto 1227 de 2005 y el Decreto 2145 de 1999.

La evaluación se presenta en atención de la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública-DAFP, en el que se relacionarán los objetivos institucionales asociados con la dependencia, la medición y análisis de resultados, y finalmente, algunas conclusiones y recomendaciones de cara al mejoramiento continuo de la entidad.



Avenida Calle 26 No. 59 – 41/65 oficina 702
Bogotá, D. C. - Código postal 111321
PBX: 3297380
www.regioncentralrape.gov.co

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016 Página 5 de 32
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:	CÓDIGO:		
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01		

Información General

Tipo de Informe:

Evaluación de Control Interno

Fuente(s) de la Información:

1. Plan de Acción Institucional
2. Matriz de Indicadores
3. Resultados Auditoría al Sistema de Gestión de Calidad
4. Análisis nivel de implementación MECI
5. Matriz de Riesgos Institucional
6. Informe ejecución Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
7. Matriz de Cumplimiento Ley de Transparencia
8. Plan de Mejoramiento Institucional
9. Informes de Gestión Región Central

Marco Legal

- **Decreto 1227 de 2005 art. 52 y 108.** Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004

Artículo 52. El desempeño laboral de los empleados de carrera administrativa deberá ser evaluado y calificado con base en parámetros previamente establecidos a partir de los planes anuales de gestión del área respectiva, de las metas institucionales y de la evaluación que sobre el área realicen las oficinas de control interno o quienes hagan sus veces, de los comportamientos y competencias laborales, habilidades y actitudes del empleado, enmarcados dentro de la cultura y los valores institucionales.

Para el efecto, los instrumentos de evaluación deberán permitir evidenciar la correspondencia entre el desempeño individual y el desempeño institucional.

Artículo 108. Al finalizar el período de vigencia del Acuerdo se deberá efectuar una valoración para determinar y analizar los logros en el cumplimiento de los compromisos y resultados alcanzados por el gerente público, con base en los indicadores definidos. El encargado de evaluar el grado de cumplimiento del acuerdo es el superior jerárquico, con base en los informes de planeación y control interno que se produzcan. La función de evaluar será indelegable y se llevará a cabo dejando constancia escrita, en un plazo no mayor de tres meses contado a partir de la finalización de la vigencia del Acuerdo.

- **Circular 004 de 2005 del DAFP.** Evaluación institucional por dependencias en cumplimiento de la Ley 909 de 2004

La Evaluación Institucional... será anual y se efectuará respecto del año anterior durante el mes de enero de la siguiente vigencia, de manera tal que se entienda como parte integrante



Avenida Calle 26 No. 59 – 41/65 oficina 702
Bogotá, D. C. - Código postal 111321
PBX: 3297380

www.regioncentralrape.gov.co

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	Página 6 de 32
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

del Informe Ejecutivo Anual de Evaluación del Sistema de Control Interno, que debe remitir el Jefe de la Oficina de Control Interno, Auditor Interno, Asesor o quién haga sus veces a los Representantes Legales y Jefes de las Entidades y Organismos del Estado a más tardar el 30 de Enero de cada año, conforme a lo establecido en el literal e) del artículo 8 del Decreto 2145 de 1999, concordante con el artículo 2 del Decreto 2539 de 2000.

- **Ley 909 de 2004, artículo 39.** Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones

Art. 39. Obligación de evaluar: “El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento”.

- **Decreto 2539 de 2000, Art. 2.** Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 2145 de noviembre 4 de 1999

Art. 2. El artículo 5o., literal c) del Decreto 2145 de 1999, quedará así...Los Representantes Legales y Jefes de Organismos de las entidades...remitirán al Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno de las entidades del orden nacional y territorial, antes del 16 de febrero, copia del Informe Ejecutivo Anual que contenga el resultado final de la evaluación del Sistema de Control Interno, documento que servirá de base para el Informe que sobre el avance del Control Interno del Estado presentará al inicio de cada legislatura el Presidente de la República al Congreso de la República.

- **Decreto 2145 de 1999, Art 8°, literal e.** Por el cual se dictan normas sobre el Sistema Nacional de Control Interno de las Entidades y Organismos de la Administración Pública del Orden Nacional y Territorial y se dictan otras disposiciones

Art. 8, literal e. Las Oficinas de Coordinación del Control Interno o quien haga sus veces de las entidades y organismos del sector público, verifican la efectividad de los sistemas de control interno, para procurar el cumplimiento de los planes, metas y objetivos previstos, constatando que el control esté asociado a todas las actividades de la organización y que se apliquen los mecanismos de participación ciudadana.

Corresponde a estas oficinas presentar antes del 30 de enero de cada año el informe ejecutivo anual del Sistema al representante legal de la entidad, quien a su vez lo remitirá al Consejo Asesor en esta materia, en los términos del literal c) del artículo 5 del presente Decreto.

Los Jefes de las Oficinas de Control Interno o quien haga sus veces, de las entidades adscritas o vinculadas, también deberán presentar el mencionado informe a sus respectivas juntas o Consejos Directivos, así como a los responsables de la orientación y coordinación de los sectores administrativos.



	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
	TITULO:	CÓDIGO:	Página 7 de 32
	INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01	

Objetivo

Evaluar la gestión por dependencias de la Región Administrativa y de Planeación Especial (RAPE- Región Central), para la vigencia 2016, y verificar el cumplimiento de los diferentes tipos de compromisos establecidos por cada uno de los procesos a través de los instrumentos de planeación, seguimiento y control, con el fin de determinar el nivel de ejecución de cada dependencia de la entidad y establecer las recomendaciones que se consideren necesarias para el mejoramiento continuo de la gestión institucional y el cumplimiento de los propósitos misionales.

Alcance

La evaluación de la gestión de cada dependencia se genera con base en la información de los instrumentos de valoración de la gestión por procesos, en donde se consignan los compromisos y acciones de cada dependencia, en función de los objetivos institucionales. De esta manera, se han considerado cuatro grupos de compromisos, que se miden en los instrumentos señalados, de la siguiente manera:

- **Compromisos Estratégicos:** Son aquellos en los que tienen responsabilidad todos los procesos de la entidad, en busca del cumplimiento de la misión, la visión y los objetivos estratégicos. Dichos compromisos se encuentran consignados, principalmente, en dos instrumentos de gestión: el *Plan de Acción* de la Vigencia 2016 y la *Matriz de Indicadores*.

Los criterios de evaluación de estos instrumentos son los siguientes:

- **Plan de Acción:** Con base en la información suministrada por la Oficina Asesora de Planeación, área responsable de consolidar la información del Plan de Acción Institucional, se estableció la ejecución de metas y de recursos de cada uno de los procesos, de cuyo promedio surgió el valor que definió el nivel de cumplimiento del Plan de Acción de cada dependencia. Para la ejecución presupuestal, además de considerar la ejecución del proyecto de inversión interno, también se tuvo en cuenta la ejecución del presupuesto de funcionamiento, en donde se asociaron algunos procesos al árbol presupuestal de la entidad.
- **Matriz de Indicadores:** Si bien es cierto, la entidad logró consolidar la Matriz de Indicadores al finalizar la vigencia, algunos procesos lograron rendir cuentas del nivel de cumplimiento de dichos indicadores. De esta manera, considerando que la Matriz de Indicadores está recientemente creada, el proceso de Control y Mejoramiento Continuo decidió valorar con 70% la existencia de indicadores en cada proceso, mientras que el restante 30% se aplicó al nivel de ejecución presentado con corte a diciembre 31 de 2016.
- **Compromisos de Calidad:** Los procesos de la entidad también deben responder por el cumplimiento de la política y de los objetivos de calidad. Los instrumentos que evidencian el



	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016 Página 8 de 32
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

nivel de cumplimiento de estos compromisos son: Sistema de Gestión de Calidad, Sistema de Control Interno y la Matriz de Riesgos Institucional.

Los criterios de evaluación de estos instrumentos son los siguientes:

- **Sistema de Gestión de Calidad:** Como parte del ejercicio de auditoría al SGC, se verificaron los requisitos de la norma NTC GP 1000:2009, en donde se relacionaron los procesos de la entidad responsables de coordinar la correspondiente implementación de cada requisito. Esta valoración, realizada por el equipo auditor con corte a noviembre 30 de 2016, permite establecer el cumplimiento de compromisos de la mayor parte de los procesos.
- **Sistema de Control Interno:** De acuerdo con los plazos establecidos en la normatividad vigente, la entidad debe implementar los requerimientos del Modelo Estándar de Control Interno, a más tardar en marzo de 2017. A 31 de diciembre de 2016, el nivel de avance daba cuenta de un nivel de implementación del 94%, lo cual la ubica muy cerca del compromiso normativo. La valoración de este nivel de ejecución obedece, en primer lugar, al ejercicio de autoevaluación que realiza cada proceso y, en segundo lugar, a la verificación de evidencias por parte de Control Interno.
- **Matriz de Riesgos Institucional:** La identificación, valoración y análisis de riesgos es un requisito fundamental para la implementación de cualquier sistema integrado de gestión, determinando alertas para tener en cuenta en la gestión de calidad institucional. Tal y como sucede con los indicadores, la entidad también logró consolidar la Matriz de Riesgos al finalizar la vigencia, haciendo que todos los procesos lograran identificar y valorar por lo menos 1 riesgo institucional. Con la autoevaluación de cada proceso y la disposición de las evidencias del caso, control interno valora el nivel de efectividad de los controles asociados a cada riesgo, bien sean bajo, medio o alto.
- **Otros Compromisos:** La gestión de la entidad y de sus dependencias, también se puede medir por el nivel del cumplimiento de otros compromisos. Para efectos de este informe, se han considerado dos instrumentos: Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, y Ley de Transparencia.

Los criterios de evaluación de estos instrumentos son los siguientes:

- **Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano:** La mayor parte de los procesos de la entidad tienen responsabilidad en la ejecución de este plan, razón por la que constituye un elemento adicional de medición del cumplimiento de compromisos de las dependencias. Esta valoración, también considera, en primer lugar, la autoevaluación realizada por cada proceso, en donde posteriormente Control Interno, previa verificación de evidencias, determina el nivel de cumplimiento de cada compromiso asociado.
- **Ley de Transparencia:** Casi todos los compromisos de esta norma, están asociados a las estrategias de Gobierno en Línea y su verificación se realiza en la página web de la entidad. De esta forma, al igual que el instrumento anterior, la mayor parte de los procesos

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
	TITULO:	CÓDIGO:	Página 9 de 32
	INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01	

de la entidad tienen responsabilidad en la implementación de la Ley de Transparencia, razón por la que constituye un elemento adicional de medición del cumplimiento de compromisos de las dependencias. La valoración de Control Interno implica la verificación de cada requisito en la página web de la entidad, estableciendo así el nivel de cumplimiento de cada proceso y dependencia.

Es importante considerar que la entidad tiene plazo para la implementación de esta Ley hasta el 31 de diciembre de 2017, razón por la que la valoración se realiza considerando la meta de avance prevista para la vigencia 2016, la cual es de un 78% de implementación.

- **Plan de Mejoramiento:** La revisión permanente del cumplimiento de los compromisos de la entidad durante la vigencia 2016, ha permitido identificar acciones correctivas, preventivas y de mejora en todos los procesos. La gestión de las dependencias se establece considerando el nivel de ejecución de cada acción (eficiencia) y el porcentaje de acciones cerradas por Control Interno (eficacia), con lo cual se determina el nivel de efectividad de cada proceso.

Se debe señalar que para el caso de esta evaluación solo se han tenido en cuenta las acciones que estaban previstas para su ejecución durante la vigencia 2016, esto es, 54 acciones del total de 104 previstas en la totalidad del Plan de Mejoramiento. Lo anterior significa que 50 de estas acciones están previstas para su ejecución durante la vigencia 2017, a las cuales se sumarán las acciones de 2016 que no se hayan cerrado.

Finalmente, el nivel de gestión de cada proceso y de cada dependencia se establece considerando el cumplimiento de cada uno de los compromisos establecidos en cada uno de los instrumentos de planeación, seguimiento y control señalados anteriormente. Además, considerando que no es posible generar un promedio simple para establecer dicho nivel de gestión, se ha tenido en cuenta la participación de cada proceso en cada instrumento. De esta forma, la gestión de cada proceso y dependencia se calcula como el promedio ponderado entre los cuatro grandes grupos de compromisos, el cual se realiza determinando el peso del número de acciones que tiene cada proceso en el grupo de compromisos analizado, dentro del total de acciones del proceso.

Así las cosas, el número de acciones de un proceso, determinará el peso de la gestión de ese proceso dentro de cierto grupo de compromisos. La sumatoria del peso ponderado del proceso en cada grupo de compromisos, señala el porcentaje de gestión del proceso en la vigencia 2016. La gestión de la dependencia se determina como el promedio de los porcentajes de ejecución de sus procesos, en donde se puede obtener una gestión satisfactoria (superior al 80%), una gestión aceptable (entre el 60% y el 80%), o una gestión insuficiente (menor al 60%).

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	Página 10 de 32
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

BALANCE GENERAL DE LA GESTIÓN DE LA ENTIDAD

Dependencias que conforman la entidad

La estructura administrativa de la Región Administrativa y de Planeación Especial (RAPE- Región Central), está dividida en tres grandes dependencias, de las que se desprenden los diferentes procesos que consolidan la gestión de la entidad. Tales dependencias son:

Dirección Ejecutiva: Corresponde a la máxima autoridad administrativa de la entidad que, hasta el 11 de diciembre de 2016, estuvo siendo liderada por el Dr. Carlos Córdoba y, hoy se encuentra dirigida por el Dr. Diego García Bejarano. De esta dirección dependen cuatro áreas de trabajo coordinadas por el equipo de asesores de la entidad, de la siguiente manera:

- *Oficina Asesora de Planeación Institucional:* Tiene a su cargo dos de los procesos estratégicos de la entidad, los cuales son Direccionamiento Estratégico y Administración del Sistema Integrado de Gestión. Durante 2016, la oficina estuvo siendo liderada por la Dra. Lizbeth Buitrago, y desde enero de 2017 lo hace la Dra. Sandra Milena Jiménez.
- *Asesoría Jurídica:* El proceso de Gestión Jurídica estuvo bajo la tutela del Dr. Leonel Hernando Nieto durante la vigencia 2016, pero hoy está siendo liderado por el Dr. Juan Manuel Pinzón.
- *Asesoría de Comunicaciones:* Esta área de trabajo desarrolla el proceso de Comunicación Institucional. En 2016 estuvo al frente del proceso la Dra. Nubia Camacho y desde 2017 lo hace la Dra. Diana Ramón Olaya.
- *Asesoría de Control Interno:* El proceso de Control y Mejoramiento Continuo, responsabilidad de esta área de trabajo, está siendo liderado, desde julio de 2016, por el Dr. Jhon Emerson Espitia.

Dirección Técnica: La dependencia técnica que desarrolla los asuntos misionales de la entidad es la Dirección de Planificación, Gestión y Ejecución de Proyectos, que durante 2016 estuvo dirigida por la Dra. Adriana Posada, y desde enero de 2017 está siendo liderada por la Dra. Andrea Lizzet Velandia. Por su carácter técnico, la dependencia tiene a su cargo los procesos misionales de la entidad, desde donde se desarrollan los cinco ejes estratégicos de planificación y gestión de impacto regional, a saber:

- *Sustentabilidad ecosistémica y manejo de riesgos*
- *Infraestructuras de transporte, logística y servicios públicos*
- *Competitividad y proyección internacional*
- *Soberanía y seguridad alimentaria*
- *Gobernanza y Buen Gobierno*



	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
	TÍTULO:	CÓDIGO:	Página 11 de 32
	INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01	

Dirección Corporativa: Esta dependencia se encarga de los asuntos administrativos y contractuales de la entidad. Desde los primeros meses de 2016, la Dirección Corporativa es liderada por el Dr. Oscar Florez, quien tiene bajo su coordinación el desarrollo de la mitad de los procesos de la entidad. De esta forma la gestión de la dependencia es el resultado de la gestión de los siguientes siete procesos:

- *Gestión del Talento Humano*
- *Gestión Financiera*
- *Gestión Contractual*
- *Gestión de Bienes y Servicios*
- *Gestión Documental*
- *Gestión de las TICS*
- *Servicio al Ciudadano*

Así las cosas, estas son las tres dependencias a las que el proceso de Control y Mejoramiento Continuo ha realizado la correspondiente evaluación de su gestión durante la vigencia 2016.

Objetivos Institucionales

El objeto de la RAPE es *promover el desarrollo del territorio*, para lo cual debe *articular los intereses mutuos* entre los socios y con la Nación. Además, su naturaleza de *esquema asociativo* permite que las cinco entidades territoriales actúen de manera conjunta, conservando su autonomía.

La misión de la RAPE define la entidad como la plataforma para concertar y gestionar iniciativas de interés común entre dos o más socios, así como entre la Región y Nación. A partir de relaciones de autonomía, interdependencia y complementariedad.

Entre tanto la Visión señala que para el año 2030, la RAPE será el principal promotor del desarrollo económico del territorio y del mejoramiento social de sus habitantes.

También se ha definido una Visión de Región, enfocada a lograr, en el año 2030, que la Región Central sea un territorio con equilibrio social, económico y ambiental, culturalmente diverso y globalmente competitivo e innovador.

Para el cumplimiento de estos propósitos misionales, se han definido cuatro Objetivos Estratégicos que apuntan a tres niveles complementarios: los socios, la Nación y los habitantes de la región; con un nivel transversal definido por los proyectos de alcance supradepartamental. Estos objetivos son:

1. Concertar y gestionar proyectos de alcance supradepartamental, a partir de los intereses comunes y de acuerdos entre dos o más socios de la Región Central RAPE.
2. Consolidar la capacidad regional para establecer acuerdos con la Nación. En particular, en torno a proyectos de trascendencia nacional y a normas de impacto regional.

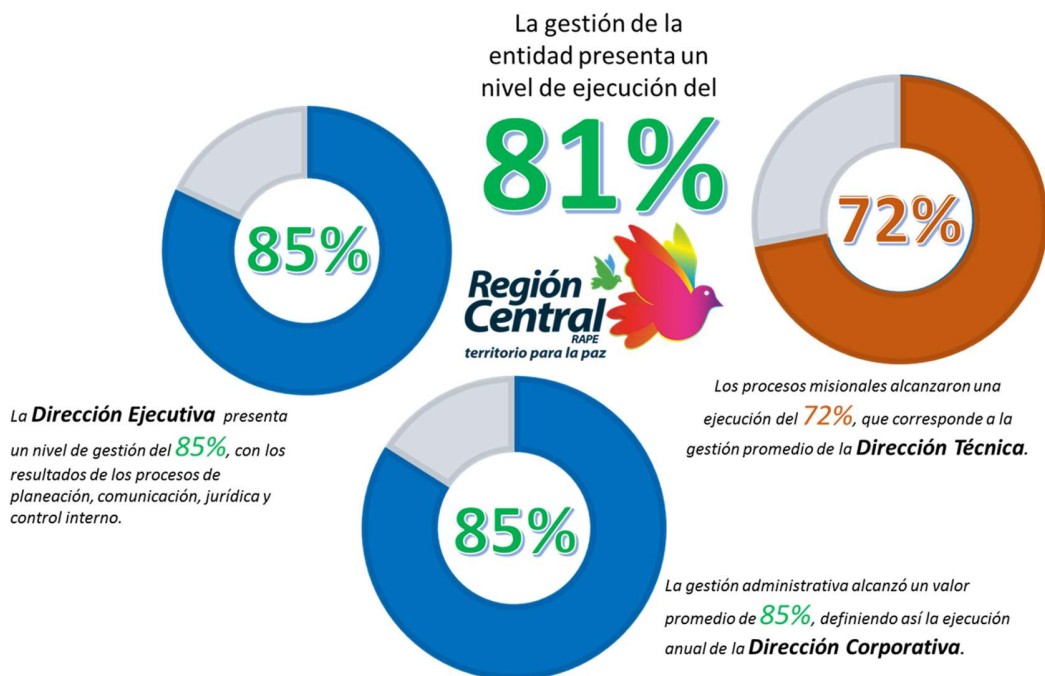


	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:	CÓDIGO:	Página 12 de 32	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01		

- Fortalecer la capacidad institucional tanto de los asociados como de la Región Central RAPE, mediante información para propiciar el intercambio de experiencias y la transferencia de modelos de gestión.
- Promover la región central en el imaginario de sus habitantes, a través de campañas cívicas, mercadeo territorial y presencia en los medios masivos de comunicación.

De la misma forma, todas las dependencias tienen una enorme responsabilidad en la implementación de la política de calidad, en donde la RAPE-Región Central se ha comprometido con el incremento de la satisfacción de sus usuarios (socios) y con el mejoramiento permanente de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad, mediante el fortalecimiento y desarrollo integral de la región, para lo cual se implementaran estrategias, planes, programas y proyectos de impulso económico, social y ambiental que permita fortalecer la inversión y la competitividad del territorio cumpliendo lo establecido en las líneas estratégicas, así mismo, fortalecer las condiciones de trabajo con el fin de contar con un recurso humano competente y comprometido con la transparencia y defensa de lo público y garantizar el mejoramiento continuo en términos de eficacia, eficiencia y efectividad de los productos y/o servicios, lo cual permitirá cumplir con los requisitos legales y las necesidades y expectativas de nuestros usuarios y las partes interesadas.

Resultados de la Gestión 2016

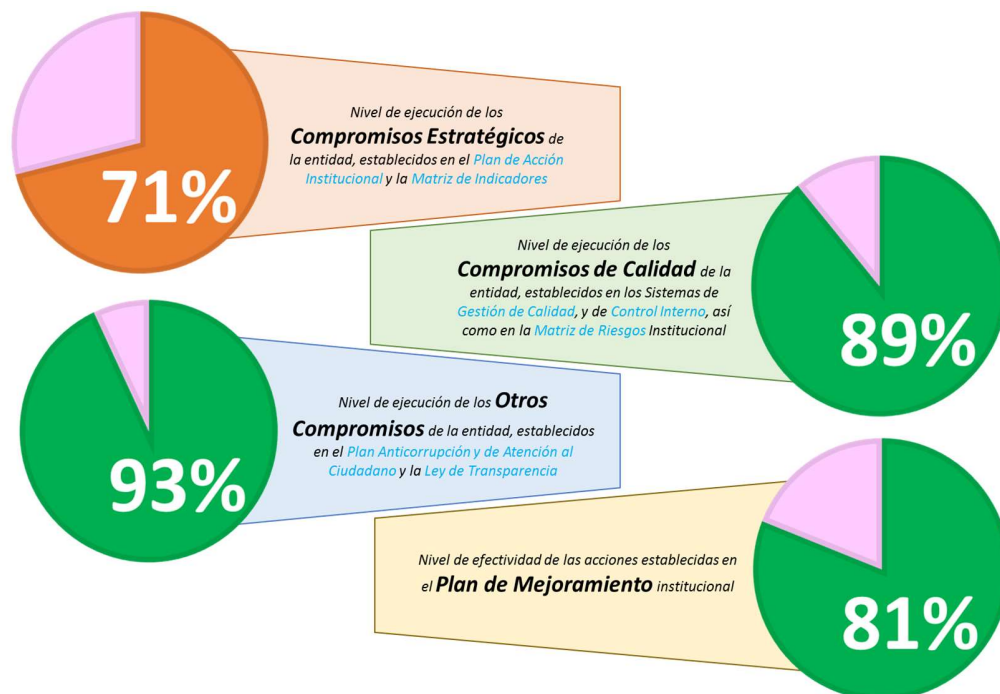


El balance general, también da cuenta del nivel de avance de cada uno de los cuatro grupos de compromisos, con resultados específicos por dependencia, así:



Avenida Calle 26 No. 59 – 41/65 oficina 702
Bogotá, D. C. - Código postal 111321
PBX: 3297380
www.regioncentralrape.gov.co

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:	CÓDIGO:	Página 13 de 32	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01		



El nivel de ejecución presupuestal afecta el nivel de gestión del grupo de compromisos estratégicos, por cuanto quedó pendiente por ejecutar cerca del 16% de los recursos de la vigencia y el nivel de reservas en los recursos asociados a los proyectos de inversión es del 28%, asuntos que inciden en la debida atención del principio de anualidad presupuestal. Así mismo, el no haber contado con un Plan de Acción Institucional que diera cuenta de los compromisos estratégicos de todos los procesos de la entidad, y con una batería de indicadores que señalara los resultados de la gestión de cada proceso, también incide en la valoración de la gestión de toda la entidad, por cuanto en el grupo de compromisos Estratégicos, el promedio total de ejecución resulta ser del 71%. En cuanto a los compromisos de calidad, considerando que la entidad tiene plazo para la implementación de su Sistema de Control Interno, hasta el mes de marzo de 2017, un 89% en la gestión de estos compromisos, resulta más que satisfactorio, mientras que, en materia del Sistema de Gestión de Calidad, el estado de la situación actual es un reflejo del nivel de maduración de la entidad, dada su juventud, lo cual resulta aceptable. Una situación similar a la de MECI, afronta el grupo de otros compromisos, por cuanto para implementar la Ley de Transparencia se tiene plazo hasta finales de 2017, razón por la que la entidad superó la meta de ejecución prevista del 78% en esta norma, mientras que, con el Plan Anticorrupción, se hubiesen podido obtener mejores resultados, si la ejecución de los compromisos se hubiera previsto solo durante la vigencia 2016; sin embargo, la ejecución del 93%, en este grupo de compromisos, es satisfactoria.

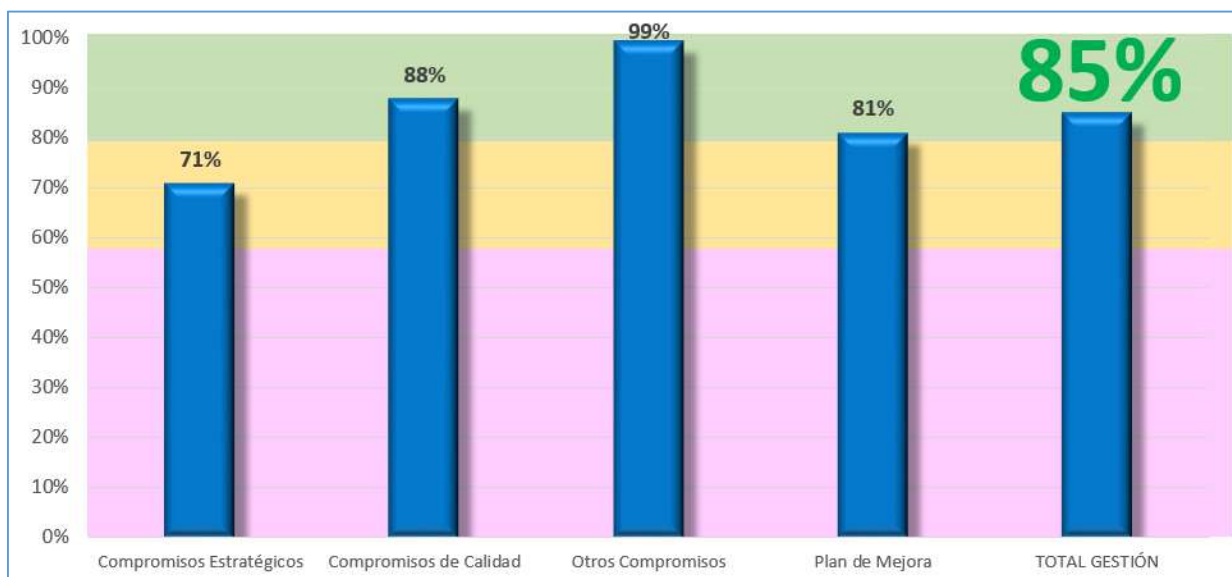
Finalmente, la ejecución del Plan de Mejoramiento Institucional se encuentra prácticamente en la frontera entre una gestión satisfactoria (superior al 80%) y una gestión simplemente aceptable (entre el 60% y el 80%), lo cual evidencia la necesidad de generar estrategias para hacer que las dependencias realicen monitoreo permanente y atiendan oportunamente el cumplimiento de los compromisos allí establecidos.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	Página 14 de 32
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

DIRECCIÓN EJECUTIVA

La Dirección Ejecutiva, como responsable de los asuntos estratégicos de la entidad, tiene relación directa con todos los objetivos institucionales y con el cumplimiento integral de la política de calidad establecida en el marco del Sistema de Gestión.

El balance general del cumplimiento de los cuatro grandes grupos de compromisos de la dependencia, previstos en los mencionados instrumentos de planeación y de control, se pueden apreciar en la siguiente gráfica:



Como se observa, los compromisos de calidad y los otros compromisos adicionales, se encuentran ubicados en el sector satisfactorio del nivel de gestión de la dependencia. El cumplimiento del plan de mejora se encuentra en la frontera entre la gestión satisfactoria y la gestión aceptable, con un 81%. Entre tanto, los compromisos estratégicos alcanzaron un nivel de cumplimiento del 71% que lo ubican en la zona aceptable de la gestión, pero que requerirán aumentar sus esfuerzos durante la próxima vigencia para obtener mejores resultados.

A continuación, el balance particular de la dependencia en cada uno de estos cuatro grupos de compromisos.

Compromisos Estratégicos

Los resultados particulares de los procesos de la dependencia en lo que tiene que ver con la ejecución de su plan de acción y de su matriz de indicadores, ocasionan que el nivel de cumplimiento de los compromisos estratégicos asociados a la dependencia sea del **71%**. En la siguiente tabla, el detalle de la gestión por procesos de esta dependencia:



Avenida Calle 26 No. 59 – 41/65 oficina 702
Bogotá, D. C. - Código postal 111321
PBX: 3297380
www.regioncentralrape.gov.co

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	Página 15 de 32
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

PROCESOS	PLAN DE ACCIÓN 2016				INDICADORES X PROCESO		
	Cant.	Ejecución Actividades	Ejecución Presupuesto	Ejecución PLAN (Metas y Ppto)	Cant.	Ejecución	Valoración Indicadores
Comunicación Institucional	7	100%	79%	90%	3	0%	70%
Gestión Jurídica	0			0%	3	0%	70%
Control y Mejoramiento Continuo	20	100%	79%	90%	3	81%	94%
Direccionamiento Estratégico	12	75%	79%	77%	6	0%	70%
Administración del SIG	7	79%	79%	79%	3	0%	70%

Plan de Acción 2016

La dependencia programó un total de 46 actividades en los diferentes planes de acción y de trabajo existentes. Para la vigencia 2016 la entidad no contó con una Plan de Acción institucional que diera cuenta de los compromisos específicos por proceso, para el cumplimiento de sus objetivos institucionales, sin embargo, a excepción del proceso de Gestión Jurídica, los demás procesos de la dependencia lograron involucrar acciones en el plan de acción de los proyectos de inversión (29 acciones). Se debe destacar que el proceso Control y Mejoramiento Continuo, formuló su propio plan de acción, con 17 actividades específicas, con seguimiento en septiembre y diciembre de 2016.

Así las cosas, con base en la información suministrada por la Oficina Asesora de Planeación, área responsable de consolidar la información del Plan de Acción Institucional, se estableció la ejecución de metas y de recursos de cada uno de los procesos de la dependencia, de cuyo promedio surgió el valor que definió el nivel de cumplimiento del Plan de Acción de la Dirección Ejecutiva, el cual fue de 67%.

Para la ejecución presupuestal, teniendo en cuenta que no se evidenció información detallada de la gestión de los recursos por actividad, para todos los procesos se consideró el mismo nivel de ejecución del proyecto de inversión interno (Fortalecimiento Institucional de la RAPE - Región Central), esto es, el 79%, en donde el proceso de Gestión Jurídica es el único que no se asoció a actividad alguna dentro del Plan de Acción de dicho proyecto, y considerando que no cuenta con plan de trabajo específico o cronograma anual de actividades, por ello su ejecución es nula.

Indicadores

Si bien es cierto, la entidad logró consolidar la Matriz de Indicadores al finalizar la vigencia y todos los procesos de la dependencia establecieron por lo menos 3 indicadores que dieran cuenta de su gestión, tan solo el proceso de Control y Mejoramiento Continuo logró rendir cuentas del nivel de cumplimiento de sus indicadores, tanto con corte a septiembre como a diciembre 31 de 2016.

De esta manera, considerando que la Matriz de Indicadores está recientemente creada, el proceso de Control y Mejoramiento Continuo decidió valorar con 70% la existencia de indicadores en cada proceso, mientras que el restante 30% se aplicó al nivel de ejecución presentado con corte a diciembre 31 de 2016.



	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	Página 16 de 32
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

Como se observa en la tabla anterior, por lo pronto la dependencia ha identificado un total de 18 indicadores en cinco de sus procesos. El proceso de Control y Mejoramiento Continuo tuvo una ejecución promedio del 81%, aunque considerando la distribución porcentual establecida por Control Interno, la ejecución final queda en 94%.

Bajo este panorama, la ejecución promedio de la dependencia resulta en un 75%, lo cual la sitúa por encima del promedio de toda la entidad.

Compromisos de Calidad

Los resultados particulares de los procesos de la dependencia en lo que tiene que ver con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, del Sistema de Control Interno y de la efectividad de los controles de sus Riesgos, ocasionan que el nivel de cumplimiento de los compromisos de calidad asociados a la dependencia sea del **88%**. En la siguiente tabla, el detalle de la gestión por procesos de esta dependencia:

PROCESOS	Sistema Gestión de Calidad		Sistema de Control Interno		Gestión de Riesgos				
	Cant.	Nivel de Avance SGC	Cant.	Nivel de Avance MECI	Cant.	Valor Bajo	Valor Medio	Valor Alto	Valoración Control Riesgos
Comunicación Institucional	5	95%	5	94%	2		2	0	75%
Gestión Jurídica			1	100%	3			3	100%
Control y Mejoramiento Continuo	21	95%	10	100%	6		1	5	96%
Direccionamiento Estratégico	28	63%	20	94%	2		1	1	88%
Administración del SIG	46	50%	5	86%	3		2	1	83%

Sistema de Gestión de Calidad

El nivel de implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad es del 74%. Entre tanto, la dependencia, que responde directamente por el 69% de los 144 requerimientos específicos establecidos en la norma, exceptuando al proceso de Gestión Jurídica, que lo hace de manera indirecta, presenta un nivel de cumplimiento similar equivalente al 76%, resultado del promedio alcanzado por los cuatros procesos que aportan valor directamente.

Sistema de Control Interno

La dependencia presenta un nivel de cumplimiento, de los compromisos MECI asociados a sus procesos, del 95%, que la sitúa por encima del promedio de la entidad. En total, los compromisos de la dependencia suman 41 acciones específicas, de las cuales quedan pendientes por implementar algunas relacionadas con los procesos Comunicación Institucional, Direccionamiento Estratégico y Administración del SIG. Vale la pena destacar la ejecución del proceso Control y Mejoramiento Continuo, que ya logró cumplir todos los compromisos asociados, a pesar de ser el segundo con mayor participación dentro de la dependencia, y uno de los que tienen mayor participación en el total de la entidad.



	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
	TITULO:	CÓDIGO:	VIGENTE A PARTIR DE:
	INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01	09-Dic-2016
			Página 17 de 32

Matriz de Riesgos

Todos los procesos de la dependencia lograron identificar por lo menos dos riesgos en la Matriz Institucional, para un total de 16 riesgos en todos sus procesos, que representan el 41% del total de riesgos de la entidad. La valoración de control interno permite identificar que tan solo 1 control presenta un nivel de efectividad bajo, 6 presentan un nivel de efectividad medio y 9 presentan un nivel alto de efectividad. Estos resultados ubican a la dependencia en un nivel porcentual del 88%, siendo levemente menor al promedio de la entidad.

Otros Compromisos

Los resultados particulares de los procesos de la dependencia en lo que tiene que ver con los compromisos adicionales relacionados con la implementación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y de la Ley de Transparencia, ocasionan que el nivel de cumplimiento de estos otros compromisos asociados a la dependencia sea del **99%**. En la siguiente tabla, el detalle de la gestión por procesos de esta dependencia:

PROCESOS	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano		Ley de Transparencia		
	Cant.	Ejecución PAAC	Cant.	Implementación Ley de Transparencia	Ejecución 2016 (Meta 78%)
Comunicación Institucional	6	100%	2	88%	100%
Gestión Jurídica			2	100%	100%
Control y Mejoramiento Continuo	4	98%	4	100%	100%
Direccionamiento Estratégico	5	98%	10	79%	100%
Administración del SIG	4	100%	3	76%	97%

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Solo 4 de los 5 procesos de la dependencia tuvieron compromisos con este plan durante la vigencia 2016. El nivel de ejecución indica que los procesos de Comunicación Institucional y Administración del SIG cumplieron a cabalidad los compromisos establecidos, mientras que Control y Mejoramiento Continuo y Direccionamiento Estratégico alcanzaron un 98% respectivamente, que ocasionaron que, en promedio, la ejecución de los compromisos de la dependencia en el PAAC fuese del 99%, que la ubican muy por encima del promedio de la entidad, que alcanzó un porcentaje del 92%.

Ley de Transparencia

En la atención de los compromisos exigidos para la implementación de la Ley de Transparencia, 2 de los procesos ya lograron atender el 100% de dichos requerimientos, estos son: Gestión Jurídica y Control y Mejoramiento Continuo. Por su parte, los procesos de Comunicación Institucional, con un avance del 88%, y Direccionamiento Estratégico, con un 79%, ya alcanzaron la meta de 78% establecida para la vigencia 2016. El proceso que no alcanzó la meta 2016, fue el de Administración del SIG con un 76%. De esta manera, la dependencia presente un nivel de cumplimiento de la meta equivalente al 99%.



	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016 Página 18 de 32
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

Plan de Mejoramiento

Con base en la información que cada proceso presenta con el ejercicio de seguimiento y análisis de resultados, Control Interno determina el nivel de avance de cada acción, con lo cual se establece el nivel de eficiencia de cada proceso, y también verifica las evidencias de cada caso para determinar el cierre de las acciones a que haya lugar, estableciendo así el nivel de eficacia del Plan. Con base en esta información, y como resultado del promedio entre eficiencia y eficacia, se establece el nivel de efectividad de cada proceso y dependencia de la entidad.

El nivel de efectividad de la dependencia alcanzó un valor de 81%, que lo ubican en el mismo nivel promedio de la entidad. La siguiente tabla relaciona los resultados asociados a cada proceso de la dependencia.

PROCESOS	PLAN DE MEJORAMIENTO Compromisos a Dic-30			
	Cant.	Eficiencia (Ejecución Acción)	Eficacia (Cierre de la Acción)	Efectividad Plan de Mejora
Comunicación Institucional	7	86%	86%	86%
Gestión Jurídica	9	100%	67%	84%
Control y Mejoramiento Continuo	9	100%	100%	100%
Direccionamiento Estratégico	6	93%	83%	88%
Administración del SIG	6	62%	33%	48%

De las 54 acciones previstas en el Plan de Mejoramiento Institucional para su desarrollo en 2016, 37 corresponden a la dependencia, siendo los procesos Gestión Jurídica y Control y Mejoramiento Continuo los responsables de casi la mitad de ellas. Sin embargo, los otros 3 procesos también cuentan con un número elevado de acciones dentro del plan. Como se observa, tan solo el proceso de Control y Mejoramiento Continuo ha atendido los compromisos previstos para 2016, por lo que los demás procesos han quedado con acciones pendientes para 2017.

Evaluación General por Procesos

Como se ha mencionado, la Dirección Ejecutiva es la responsable de todos los asuntos de carácter estratégico de la entidad y por tanto, su contribución es de suma importancia para el cumplimiento de la misión, la visión y los objetivos estratégicos institucionales.

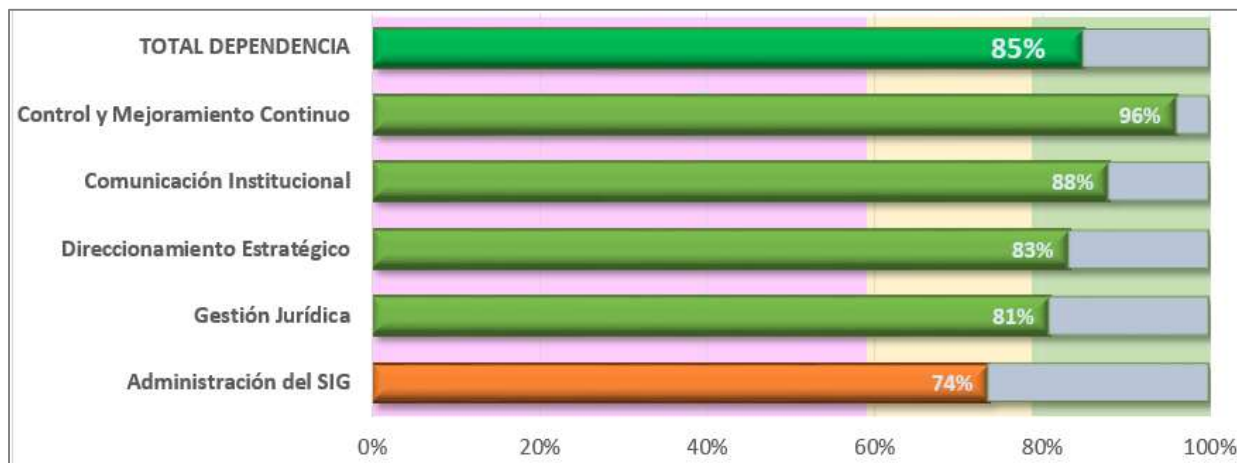
A la luz de los resultados obtenidos en cada uno de los cuatro grupos de compromisos, con los instrumentos analizados, la dependencia logró demostrar una gestión significativa que ubica a cuatro de sus cinco procesos con una gestión satisfactoria, por encima del 80%, destacándose principalmente el proceso de Control y Mejoramiento Continuo con un 96%.



Avenida Calle 26 No. 59 – 41/65 oficina 702
Bogotá, D. C. - Código postal 111321
PBX: 3297380
www.regioncentralrape.gov.co

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
	TITULO:	CÓDIGO:	Página 19 de 32
	INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01	

La siguiente gráfica refleja los resultados alcanzados por cada uno de los procesos de la dependencia.

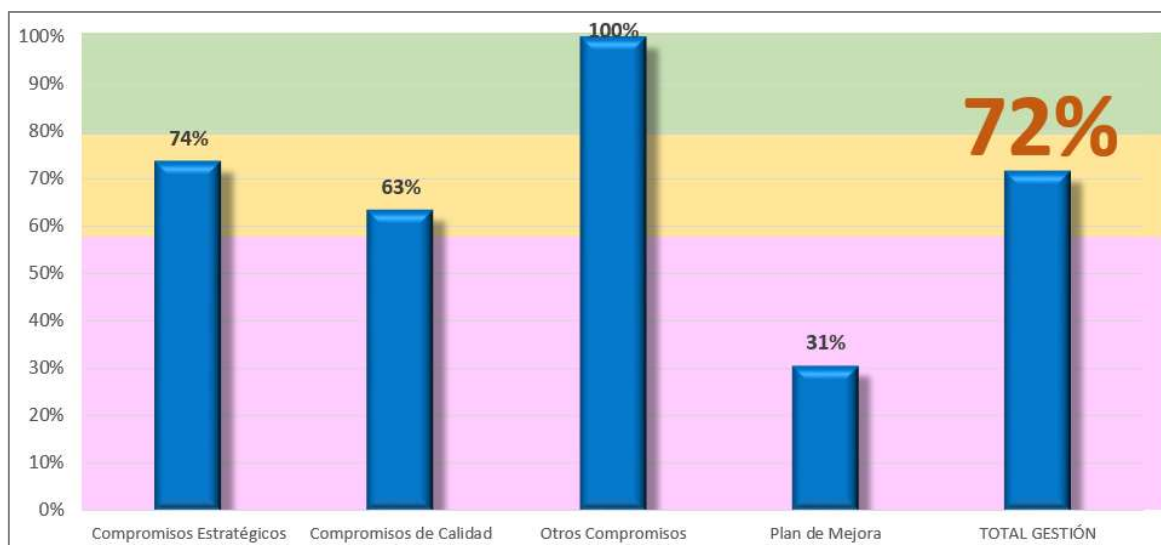


A pesar de estar en la zona satisfactoria (ejecución mayor al 80%), los procesos de Gestión Jurídica (con 81%) y Direccionamiento Estratégico (con 83%), al igual que el proceso de Administración del SIG, que quedó ubicado en la zona de gestión aceptable (con un 74%), requieren aumentar sus esfuerzos. El de Gestión Jurídica deberá incorporar acciones en el Plan de Acción Institucional para la vigencia 2017 y cumplir con algunos compromisos tales como la actualización del Normograma de la entidad y determinar las políticas de operación de sus procedimientos. Los procesos de Direccionamiento Estratégico y Administración del SIG deberán atender los hallazgos de la auditoría al SGC y mejorar la ejecución de sus compromisos en el Plan de Acción Institucional y de las acciones del Plan de Mejoramiento.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	Página 20 de 32
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

DIRECCIÓN TÉCNICA

La Dirección Técnica, como responsable de los asuntos misionales de la entidad, tiene relación directa con todos los objetivos institucionales y con el cumplimiento de la política de calidad establecida en el marco del Sistema de Gestión. El balance general del cumplimiento de los cuatro grandes grupos de compromisos de la dependencia, previstos en los mencionados instrumentos de planeación y de control, se pueden apreciar en la siguiente gráfica:



Como se observa, tan solo los otros compromisos adicionales, se encuentran ubicados en el sector satisfactorio del nivel de gestión de la dependencia (mayor que 80%) y esto es, por cuanto solo fue responsable de 1 de las 88 acciones adicionales, la cual cumplió a cabalidad. Los compromisos estratégicos alcanzaron un 74% que la ubican en el nivel aceptable de gestión (entre 60% y 80%), asunto que jalona los resultados globales de la dependencia, porque en tan solo el Plan de Acción se encuentra el 80% del total de compromisos de la dependencia con la entidad. El cumplimiento de los Compromisos de Calidad se encuentra en la zona de gestión aceptable, con un 63%. Entre tanto, los compromisos del Plan de Mejoramiento Institucional, previstos para 2016, tan solo alcanzaron un nivel de cumplimiento del 31% que lo ubican en la zona de gestión insuficiente (menor a 60%).

A continuación, el balance particular de la dependencia en cada uno de estos compromisos.

Compromisos Estratégicos

Los resultados particulares de los ejes estratégicos y procesos de la dependencia, en lo que tiene que ver con la ejecución de su plan de acción y de su matriz de indicadores, ocasionan que el nivel de cumplimiento de los compromisos estratégicos asociados a la dependencia sea del 74%. En la siguiente tabla, el detalle de la gestión de esta dependencia en atención de estos compromisos:



Avenida Calle 26 No. 59 – 41/65 oficina 702
Bogotá, D. C. - Código postal 111321
PBX: 3297380
www.regioncentralrape.gov.co

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016 Página 21 de 32
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

PROCESOS	PLAN DE ACCIÓN 2016				INDICADORES X PROCESO		
	Cant.	Ejecución Actividades	Ejecución Presupuesto	Ejecución PLAN (Metas y Ppto)	Cant.	Ejecución	Valoración Indicadores
Procesos Misionales	153	73%	77%	75%	5	10%	73%

Plan de Acción 2016

La dependencia programó un total de 153 actividades en el plan de acción institucional que, para 2016, se consolidó por proyectos y no por procesos, valor que representa el 60% de todas las actividades previstas en este instrumento. Dicho Plan de Acción institucional da cuenta principalmente de los proyectos de la entidad, los cuales están formulados en función de los ejes estratégicos que gestiona la Dirección Técnica.

Así las cosas, con base en la información suministrada por la Oficina Asesora de Planeación, área responsable de consolidar la información del Plan de Acción Institucional, se estableció la ejecución de metas y de recursos de cada uno de los proyectos de la dependencia, de cuyo promedio surgió el valor que definió el nivel de cumplimiento del Plan de Acción de la Dirección Técnica, el cual fue de 75%, ubicándolo por encima del promedio de la entidad (68%). De este porcentaje, la ejecución de actividades alcanzó un 73%, de acuerdo con el seguimiento del mencionado Plan de Acción.

Para la ejecución presupuestal, a pesar que no se evidenció información detallada de la gestión de los recursos por actividad, con base en la información del proceso de Gestión Financiera, se identificó que el porcentaje de ejecución de los proyectos de inversión de carácter misional fue del 77%. En este sentido, según dicho informe financiero, los proyectos de la dependencia dejaron de ejecutar el 23% de los recursos previstos para la vigencia y constituyeron reservas para 2017, por un valor equivalente al 29% de los recursos 2016.

Indicadores

Como se ha mencionado, la entidad logró consolidar la Matriz de Indicadores al finalizar la vigencia, sin embargo, ninguno de los procesos de la dependencia logró rendir cuentas del nivel de cumplimiento de dichos indicadores. Los indicadores de que trata el Plan de Acción por proyectos, dan cuenta de la ejecución de las metas previstas en las correspondientes actividades y no del compromiso estratégico con la entidad.

De esta manera, considerando que la Matriz de Indicadores está recientemente creada, el proceso de Control y Mejoramiento Continuo decidió valorar con 70% la existencia de indicadores en cada proceso, mientras que el restante 30% se aplicó al nivel de ejecución presentado con corte a diciembre 31 de 2016.

Como se observa en la tabla anterior, la dependencia ha identificado un total de 5 indicadores estratégicos, de los cuales, el plan de acción de los proyectos de la entidad, permite identificar avances en 2 de ellos que, aunque presentan una baja ejecución, dada la valoración definida para la existencia de indicadores en los procesos, el nivel de gestión promedio resulta ser del 73%.



	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:	CÓDIGO:	PÁGINA 22 DE 32	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01		

Compromisos de Calidad

Los resultados particulares de los procesos de la dependencia en lo que tiene que ver con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, del Sistema de Control Interno y de la efectividad de los controles de sus Riesgos, ocasionan que el nivel de cumplimiento de los compromisos de calidad asociados a la dependencia sea del **63%**. En la siguiente tabla, el detalle de la gestión de esta dependencia en atención de estos compromisos:

PROCESOS	Sistema Gestión de Calidad		Sistema de Control Interno		Gestión de Riesgos				
	Cant.	Nivel de Avance SGC	Cant.	Nivel de Avance MECI	Cant.	Valor Bajo	Valor Medio	Valor Alto	Valoración Control Riesgos
Procesos Misionales	24	55%	5	85%	2	2		0	50%

Sistema de Gestión de Calidad

El nivel de implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad es del 74%. Entre tanto, la dependencia, que participa directamente en 24 de los 114 requerimientos establecidos en la norma, presenta un nivel de cumplimiento del 55%, que la ubican casi 20 puntos porcentuales por debajo del promedio de la entidad.

Sistema de Control Interno

La dependencia presenta un nivel de cumplimiento, de los compromisos MECI asociados a sus procesos, del 85%, que la sitúa muy por debajo del promedio de la entidad. En total, los compromisos de la dependencia suman 5 acciones específicas, que siguen pendientes por implementar.

Matriz de Riesgos

Los procesos de la dependencia lograron identificar 2 riesgos asociados en la Matriz de Riesgos Institucional. La valoración de control interno evidencia que los controles establecidos para estos 2 riesgos presentan un nivel de efectividad bajo, que ubican a la dependencia con una valoración de sus riesgos por valor del 50%.

Otros Compromisos

Los resultados particulares de los procesos de la dependencia en lo que tiene que ver con los compromisos adicionales, ocasionan que el nivel de cumplimiento de éstos compromisos asociados a la dependencia sea del **100%**, por cuanto tan solo fue responsable de 1 de los 88 compromisos de la entidad, que estuvo asociado al cumplimiento de las actividades previstas en el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, el cual ejecutó a cabalidad.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
	TITULO:	CÓDIGO:	Página 23 de 32
	INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01	

Plan de Mejoramiento

Con base en la información que cada proceso presenta con el ejercicio de seguimiento y análisis de resultados, Control Interno determina el nivel de avance de cada acción, con lo cual se establece el nivel de eficiencia de cada proceso, y también verifica las evidencias de cada caso para determinar el cierre de las acciones a que haya lugar, estableciendo así el nivel de eficacia del Plan. Con base en esta información, y como resultado del promedio entre eficiencia y eficacia, se establece el nivel de efectividad de cada proceso y dependencia de la entidad.

El nivel de efectividad de la dependencia alcanzó un valor de 31%, por cuanto solo tenía prevista s dos acciones de mejora para la vigencia 2016, cuyos avances dan cuenta de un nivel de desarrollo del 50% (eficiencia) y las evidencias para determinar el cierre de dichas acciones, alcanzan una valoración del 11% (eficacia). Este valor de efectividad (31%) está muy por debajo del nivel promedio de la entidad (81%). En la siguiente tabla, el detalle de la gestión de esta dependencia en atención de estos compromisos:

PROCESOS	PLAN DE MEJORAMIENTO Compromisos a Dic-30			
	Cant.	Eficiencia (Ejecución Acción)	Eficacia (Cierre de la Acción)	Efectividad Plan de Mejora
Procesos Misionales	2	50%	11%	31%

Evaluación General

Como se ha mencionado, la Dirección Técnica es la responsable de todos los asuntos de carácter misional de la entidad y por tanto, su contribución es de suma importancia para el cumplimiento de la misión, la visión y los objetivos estratégicos institucionales.

A la luz de los resultados obtenidos en cada uno de los cuatro grupos de compromisos, con los instrumentos analizados, la dependencia logró demostrar una gestión aceptable, del 72%, que está representada especialmente por el nivel de ejecución del Plan de Acción de sus Proyectos de Inversión, que representan el 80% de todos los compromisos de la dependencia. Sin embargo, se deben generar estrategias que permitan elevar el nivel de ejecución del presupuesto definido para la vigencia y, en cumplimiento del principio de anualidad presupuestal, se reduzca considerablemente el porcentaje de recursos constituidos como reserva para la siguiente vigencia.

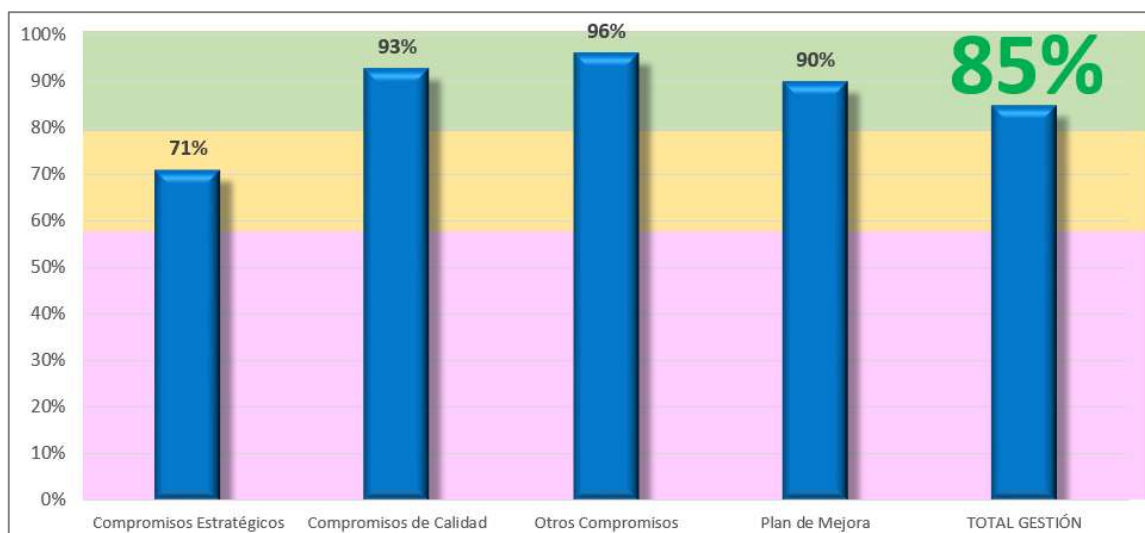
De acuerdo con las recomendaciones establecidas en buena parte de los informes desarrollados por Control Interno durante 2016, la gestión de la dependencia puede mejorar si se normalizan sus procesos y procedimientos, se establece el alcance de sus servicios, se caracterizan sus usuarios y partes interesadas, se generan herramientas e instrumentos de control, y se realizan mediciones para conocer las necesidades, expectativas y nivel de satisfacción de los clientes.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:	CÓDIGO:	Página 24 de 32	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01		

DIRECCIÓN CORPORATIVA

El objetivo que mejor se relaciona con la Dirección Corporativa es el número 3 “*Fortalecer la capacidad institucional tanto de los asociados como de la Región Central RAPE, mediante información para propiciar el intercambio de experiencias y la transferencia de modelos de gestión*”, por cuanto los procesos de esta dependencia están enfocados al fortalecimiento de la capacidad institucional de la entidad.

El balance general del cumplimiento de los cuatro grandes grupos de compromisos de la dependencia, previstos en los mencionados instrumentos de planeación y de control, se pueden apreciar en la siguiente gráfica:



Como se observa, los compromisos de calidad, el cumplimiento del plan de mejora y los otros compromisos, se encuentran ubicados en el sector satisfactorio del nivel de gestión de la dependencia. Entre tanto, los compromisos estratégicos alcanzaron un nivel de cumplimiento del 71% que lo ubican en la zona aceptable de la gestión, pero que requerirán aumentar sus esfuerzos durante la próxima vigencia para obtener mejores resultados.

A continuación, el balance particular de la dependencia en cada uno de estos cuatro grupos de compromisos.

Compromisos Estratégicos

Los resultados particulares de los procesos de la dependencia en lo que tiene que ver con la ejecución de su plan de acción y de su matriz de indicadores, ocasionan que el nivel de cumplimiento de los compromisos estratégicos asociados a la dependencia sea del **71%**. En la siguiente tabla, el detalle de la gestión por procesos de esta dependencia:



Avenida Calle 26 No. 59 – 41/65 oficina 702
Bogotá, D. C. - Código postal 111321
PBX: 3297380
www.regioncentralrape.gov.co

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	Página 25 de 32
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

PROCESOS	PLAN DE ACCIÓN 2016			INDICADORES X PROCESO		
	Cant.	Ejecución Presupuesto	Ejecución PLAN (Metas y Ppto)	Cant.	Ejecución	Valoración Indicadores
Servicio al Ciudadano	0		0%	2	0%	70%
Bienes y Servicios	3	78%	80%	3	0%	70%
Gestión Documental	6	79%	60%	3	0%	70%
Gestión Financiera	3	79%	75%	4	0%	70%
Gestión del Talento Humano	9	86%	92%	4	92%	97%
Gestión Contractual	8		82%	2	0%	70%
Gestión TICs	26	79%	87%	5	0%	70%

Plan de Acción 2016

La dependencia programó un total de 55 actividades en los diferentes planes de acción y de trabajo existentes. Para la vigencia 2016 la entidad no contó con una Plan de Acción institucional que diera cuenta de los compromisos específicos por proceso, para el cumplimiento de sus objetivos institucionales, sin embargo, casi todos los procesos de la dependencia lograron involucrar acciones tanto en el plan de acción de los proyectos de inversión (26 acciones) como en el Plan de Trabajo construido por iniciativa propia (29 acciones). Pese a ello, un proceso no estableció acciones específicas, el de Servicio al Ciudadano, por cuanto fue creado a mediados de la vigencia y dada esa circunstancia no incorporó actividades en los mencionados instrumentos.

Así las cosas, con base en la información suministrada por la Oficina Asesora de Planeación, se estableció la ejecución de metas y de recursos de cada uno de los procesos de la dependencia, de cuyo promedio surgió el valor que definió el nivel de cumplimiento del Plan de Acción de la Dirección Corporativa, el cual fue de 68%.

Los procesos de Bienes y Servicios y Gestión Contractual, no contaron con actividades en el Plan de Acción por proyectos, pero sí tuvieron compromisos en el Plan de Trabajo interno. Sin embargo, como dicho plan de trabajo no permite establecer el nivel de cumplimiento de cada proceso, se le asignó el porcentaje de cumplimiento promedio de la gestión total de la dependencia, esto es, 82%.

Para la ejecución presupuestal, teniendo en cuenta que no se evidenció información detallada de la gestión de los recursos por actividad, para todos los procesos se consideró el mismo nivel de ejecución del proyecto de inversión interno (Fortalecimiento Institucional de la RAPE - Región Central), esto es, el 79%. Sin embargo, también se tuvo en cuenta la ejecución del presupuesto de funcionamiento, asociando procesos al árbol presupuestal, en donde se vieron involucrados los procesos de Gestión del Talento Humano, Gestión de Bienes y Servicios y Gestión TICs.

Indicadores

Si bien es cierto, la entidad logró consolidar la Matriz de Indicadores al finalizar la vigencia, algunos procesos lograron rendir cuentas del nivel de cumplimiento de dichos indicadores. Para el caso de la dependencia, solo el proceso de Gestión del talento Humano logró atender este compromiso.



Avenida Calle 26 No. 59 – 41/65 oficina 702
Bogotá, D. C. - Código postal 111321
PBX: 3297380
www.regioncentralrape.gov.co

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:	CÓDIGO:	Página 26 de 32	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01		

Además, se observó que, en la Matriz de Indicadores consolidada y remitida a Control Interno por parte de la Oficina Asesora de Planeación, como responsable de la información de este instrumento.

De esta manera, considerando que la Matriz de Indicadores está recientemente creada, el proceso de Control y Mejoramiento Continuo decidió valorar con 70% la existencia de indicadores en cada proceso, mientras que el restante 30% se aplicó al nivel de ejecución presentado con corte a diciembre 31 de 2016.

Como se observa en la tabla anterior, por lo pronto la dependencia ha identificado un total de 23 indicadores en todos sus procesos. El proceso de Gestión del Talento Humano tuvo una ejecución promedio del 92%, aunque considerando la distribución porcentual establecida por Control Interno, la ejecución final queda en 97%.

Bajo este panorama, la ejecución promedio de la dependencia resulta en un 74%, lo cual la sitúa en el mismo nivel promedio de la entidad.

Compromisos de Calidad

Los resultados particulares de los procesos de la dependencia en lo que tiene que ver con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad, del Sistema de Control Interno y de la efectividad de los controles de sus Riesgos, ocasionan que el nivel de cumplimiento de los compromisos de calidad asociados a la dependencia sea del **93%**. En la siguiente tabla, el detalle de la gestión por procesos de esta dependencia:

PROCESOS	Sistema Gestión de Calidad		Sistema de Control Interno		Gestión de Riesgos				
	Cant.	Nivel de Avance SGC	Cant.	Nivel de Avance MECI	Cant.	Valor Bajo	Valor Medio	Valor Alto	Valoración Control Riesgos
Servicio al Ciudadano					3		1	2	92%
Bienes y Servicios	14	100%	1	100%	3		1	2	92%
Gestión Documental			3	78%	5		2	3	90%
Gestión Financiera			2	100%	2		1	1	88%
Gestión del Talento Humano	6	75%	13	100%	3			3	100%
Gestión Contractual			1	100%	3			3	100%
Gestión TICs			1	80%	2			2	100%

Sistema de Gestión de Calidad

El nivel de implementación del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad es del 74%. Entre tanto, la dependencia, que indirectamente participa en casi todos los requerimientos establecidos en la norma pero que solo responde directamente por 20 de ellos, que están bajo la responsabilidad de los procesos Gestión de Bienes y Servicios y Gestión del talento Humano, presenta un nivel de cumplimiento del 88%, resultado del promedio alcanzado por estos dos procesos.



	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:	CÓDIGO:	Página 27 de 32	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01		

Sistema de Control Interno

La dependencia presenta un nivel de cumplimiento, de los compromisos MECI asociados a sus procesos, del 96%, que la sitúa por encima del promedio de la entidad. En total, los compromisos de la dependencia suman 21 acciones específicas, de las cuales tan solo quedan pendientes por implementar algunas relacionadas con los procesos Gestión Documental y Gestión TICS. Vale la pena destacar la ejecución del proceso de Gestión del Talento Humano, que ya logró cumplir todos los compromisos asociados, a pesar de ser el de mayor participación dentro de la dependencia, y tener la segunda participación en el total de la entidad.

Matriz de Riesgos

Todos los procesos de la dependencia lograron identificar por lo menos dos riesgos en la Matriz Institucional, para un total de 21 riesgos en todos sus procesos, que representan el 54% del total de riesgos de la entidad. La valoración de control interno permite identificar que tan 5 de los controles identificados para mitigar riesgos presentan un nivel de efectividad medio y 16 presentan un nivel alto de efectividad. Estos resultados ubican a la dependencia en un nivel porcentual del 94%, siendo la de mayor efectividad en la entidad y superando el promedio de la Región Central en cinco puntos porcentuales.

Otros Compromisos

Los resultados particulares de los procesos de la dependencia en lo que tiene que ver con los compromisos adicionales relacionados con la implementación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y de la Ley de Transparencia, ocasionan que el nivel de cumplimiento de estos otros compromisos asociados a la dependencia sea del **96%**. En la siguiente tabla, el detalle de la gestión por procesos de esta dependencia:

PROCESOS	Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano		Ley de Transparencia			
	Cant.	Ejecución PAAC	Cant.	Peso	Implementación Ley de Transparencia	Ejecución 2016 (Meta 78%)
Servicio al Ciudadano	7	79%	4	8%	88%	100%
Bienes y Servicios						
Gestión Documental	2	73%	6	12%	67%	86%
Gestión Financiera			3	6%	100%	100%
Gestión del Talento Humano	5	80%	6	12%	100%	100%
Gestión Contractual			4	8%	100%	100%
Gestión TICS	3	100%	7	14%	21%	27%

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

Solo 4 de los 7 procesos de la dependencia tuvieron compromisos con este plan durante la vigencia 2016. El nivel de ejecución indica que el proceso de Gestión TICS cumplió a cabalidad los compromisos establecidos, mientras que Servicio al Ciudadano, Gestión Documental y Gestión del



	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:	CÓDIGO:	Página 28 de 32	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO	F-CMC.02 - 01		

Talento Humano, obtuvieron valores por 79%, 73% y 80% respectivamente, que ocasionaron que, en promedio, la ejecución de los compromisos de la dependencia en el PAAC fuese del 83%, que la ubican por debajo del promedio de la entidad, que alcanzó un porcentaje del 92%.

Ley de Transparencia

El proceso de Gestión de Bienes y Servicios es el único de la dependencia que no tiene participación dentro de los compromisos exigidos para la implementación de la Ley de Transparencia. Tres de los procesos ya lograron atender el 100% de dichos requerimientos, estos son: Gestión Financiera, Gestión del Talento Humano y Gestión Contractual. Por su parte, el proceso Servicio al Ciudadano, tiene un avance del 88%, mientras que el proceso Gestión Documental presenta una ejecución del 67%. El proceso al que se le debe prestar mayor atención es el de Gestión TICS, en especial porque, de todos los procesos de la entidad, es el que tiene mayor relación con la implementación de esta Ley, por cuanto solo presentó un avance del 21%.

Sin embargo, considerando que la valoración se realiza sobre la meta del 78% establecida para la implementación de la Ley de Transparencia, con corte a diciembre 31 de 2016, solo los procesos Gestión Documental y Gestión TICS no alcanzaron a cumplir los compromisos establecidos, ocasionando que la dependencia presente un nivel de cumplimiento del 85%.

Plan de Mejoramiento

Con base en la información que cada proceso presenta con el ejercicio de seguimiento y análisis de resultados, Control Interno determina el nivel de avance de cada acción, con lo cual se establece el nivel de eficiencia de cada proceso, y también verifica las evidencias de cada caso para determinar el cierre de las acciones a que haya lugar, estableciendo así el nivel de eficacia del Plan. Con base en esta información, y como resultado del promedio entre eficiencia y eficacia, se establece el nivel de efectividad de cada proceso y dependencia de la entidad.

El nivel de efectividad de la dependencia alcanzó un valor de 90%, muy por encima del nivel promedio de la entidad (81%). La siguiente tabla relaciona los resultados asociados a cada proceso de la dependencia.

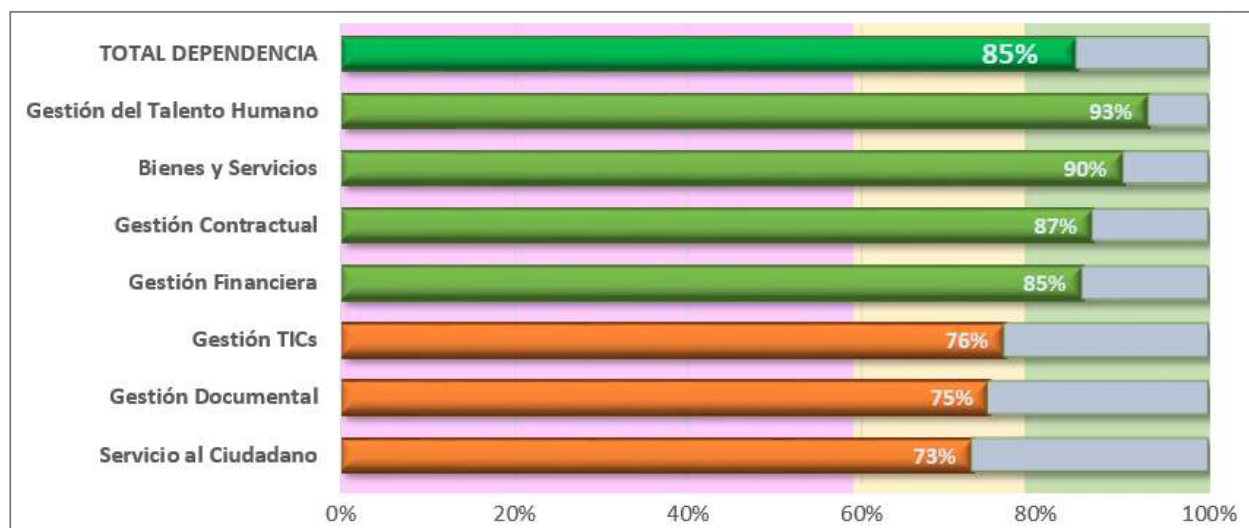
PROCESOS	PLAN DE MEJORAMIENTO Compromisos a Dic-30			
	Cant.	Eficiencia (Ejecución Acción)	Eficacia (Cierre de la Acción)	Efectividad Plan de Mejora
Servicio al Ciudadano	1	100%	100%	100%
Bienes y Servicios	3	88%	67%	78%
Gestión Documental	2	75%	50%	63%
Gestión Financiera	1	100%	100%	100%
Gestión del Talento Humano	7	99%	100%	100%
Gestión Contractual				
Gestión TICS	1	100%	100%	100%

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016 Página 29 de 32
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

De las 54 acciones previstas en el Plan de Mejora para su desarrollo en 2016, 15 corresponden a la dependencia, siendo el proceso de Gestión de Talento Humano el responsable de casi la mitad de ellas. El proceso de Gestión Contractual es el único que no cuenta con compromisos para 2016, mientras que los demás si tienen responsabilidad en por lo menos 1 acción. Como se observa, ya 4 procesos han atendido los compromisos previstos para 2016, siendo los procesos Bienes y Servicios, con una efectividad del 78% y Gestión Documental, con una efectividad del 63%, los únicos que quedaron con acciones pendientes para 2017.

Evaluación General por Procesos

La siguiente gráfica refleja los resultados alcanzados por cada uno de los procesos de la dependencia.



La Dirección Corporativa es la responsable de la mayor parte de los procesos de la entidad y, aunque todos ellos son considerados procesos de apoyo, su contribución es de suma importancia para el cumplimiento de la misión, la visión y los objetivos estratégicos institucionales.

A la luz de los resultados obtenidos en cada uno de los cuatro grupos de compromisos, con los instrumentos analizados, la dependencia logró demostrar una gestión significativa que ubica a cuatro de sus siete procesos con una gestión satisfactoria, por encima del 80%, destacándose principalmente el proceso de Gestión del Talento Humano con un 93%.

El proceso de gestión financiera debe fomentar estrategias que le permitan a todos los procesos ejecutores de recursos, considerar alertas sobre sus avances periódicos en los niveles de ejecución, de tal forma que se tomen medidas oportunas para buscar ejecutar el mayor porcentaje posible del presupuesto de la vigencia, y se logre reducir la constitución de reservas presupuestales.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	Página 30 de 32
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

Tres procesos que requieren aumentar sus esfuerzos, son los de Gestión Documental, Servicio al Ciudadano y Gestión TICs, por cuanto todos ellos presentan una ejecución que los ubica en la zona de gestión aceptable. La gestión documental, podría obtener mejores resultados si establece estrategias para el mejoramiento de los asuntos relacionados con el archivo, la correspondencia y todo el ciclo documental. Entre tanto, la gestión de las TICs deberá concentrar esfuerzos en la generación y medición de indicadores y en la implementación de la Ley de Transparencia, con el fin de salir de la zona de gestión insuficiente en la que hoy se ubica.

Capítulo aparte merece el proceso de Servicio al Ciudadano, por cuanto después de un análisis del mapa de procesos, la entidad decidió incorporarlo a mediados de la vigencia 2016, lo cual afecta su nivel ejecución, dada la ausencia de compromisos del proceso en el plan de acción y el no contar con resultados de sus indicadores de gestión, lo cual podría resultar justificable, en el entendido que aún está en proceso de construcción y no ha normalizado su caracterización y documentación relacionada, como parte del Sistema de Gestión de calidad de la entidad.

	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	Página 31 de 32
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La Región Administrativa de Planeación Especial, Región Central RAPE, es una entidad relativamente joven, que apenas está cerca de cumplir dos años de operación, razón por la que sus procesos se encuentran en etapa de consolidación y, el fomento de la cultura de seguimiento y control, ha iniciado un camino que le permitirá consolidar la gestión por procesos, a la que le ha apostado con la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Parte de esa consolidación de la gestión, la constituyen las herramientas de planeación, seguimiento y control, las cuales se generaron o se fortalecieron durante 2016, aunque algunas de ellas no alcanzaron a posicionarse para generar información suficiente que diera cuenta de avances más precisos de la gestión de cada proceso. Así las cosas, elementos como el Plan de Acción y los Indicadores por proceso, no alcanzaron a recabar información, con corte a diciembre 31 de 2016, que permitieran evidenciar la dimensión real de la gestión de los procesos de cada dependencia.

Considerando que la evaluación de la gestión de las dependencias, resulta del análisis realizado al cumplimiento de los compromisos de sus procesos, establecidos en los diferentes instrumentos de planeación y control, a continuación, se destacan las principales recomendaciones del proceso de Control y Mejoramiento Continuo, para optimizar la gestión de la entidad en la vigencia 2017.

- Darle celeridad a la definición de procedimientos y documentos de apoyo de los procesos pendientes por normalizar, en especial los del área misional.
- Una vez normalizados todos los procesos, se debe formalizar la nueva versión del Mapa de Procesos, generando el correspondiente Manual Operativo, socializando a toda la entidad para que cada funcionario conozca y aplique los nuevos procesos y procedimientos.
- Una vez que las dependencias revisen y validen los riesgos de su proceso, la Oficina Asesora de Planeación deberá oficializar la Matriz de Riesgos Institucional.
- Una vez que las dependencias revisen y validen los indicadores de su proceso, la Oficina Asesora de Planeación deberá oficializar la Tablero de Indicadores RAPE.
- Establecer estrategias que conduzcan a mejorar el nivel de ejecución del presupuesto de la entidad en 2017, de tal forma que se reduzcan al mínimo los recursos del balance, así como el porcentaje de reservas para la vigencia 2018, en atención del principio de anualidad presupuestal.
- Fortalecer la cultura de gestión por procesos, impulsando requerimientos periódicos sobre el avance de cada proceso en términos de plan de acción, indicadores, gestión de riesgos y plan de mejoramiento, y haciendo la correspondiente retroalimentación por parte de estas dos áreas de trabajo.
- Todos los procesos y dependencias deberán presentar reportes trimestrales con el seguimiento al cumplimiento de los compromisos establecidos en los instrumentos Plan de Acción e Indicadores, que consolida la Oficina Asesora de Planeación, y Matriz de Riesgos y Plan de Mejoramiento, que consolida Control Interno.



	TIPO DE DOCUMENTO:		VERSIÓN No. 01
	FORMATO		
	PROCESO:		VIGENTE A PARTIR DE: 09-Dic-2016
	CONTROL Y MEJORAMIENTO CONTINUO		
TITULO:		CÓDIGO:	Página 32 de 32
INFORMES Y SEGUIMIENTOS DE CONTROL INTERNO		F-CMC.02 - 01	

- Realizar medición del cumplimiento de políticas institucionales y de los objetivos de calidad
- Generar y socializar estrategias de participación ciudadana en los asuntos RAPE y en los ejercicios de rendición de cuentas.
- Generar más y mejores estrategias de rendición de cuentas
- Documentar la caracterización de los usuarios y partes interesadas de cada uno de los ejes temáticos que constituyen los productos misionales de la entidad
- Generar un documento con la descripción del alcance de los servicios misionales que oferta la entidad y los requisitos que deben atenderse para su cumplimiento.
- Construir el Portafolio de Servicios de la entidad
- Establecer en un único instrumento las necesidades y expectativas de los usuarios de los asuntos misionales, con la información de todas las variables trabajadas en cada eje estratégico, que permita realizar la caracterización de cada usuario y complementar así los requisitos asociados a cada producto y servicio.
- Institucionalizar instrumentos que den cuenta del nivel de satisfacción de los clientes externos e internos, frente a la prestación de los diferentes servicios y labores adelantadas que permitan determinar alternativas o establecer estrategias para aumentar el nivel de dicha satisfacción, de acuerdo con los requisitos establecidos para cada servicio o con el alcance de los objetivos y políticas de operación previstas.
- Institucionalizar instrumentos de control que den cuenta del nivel de pertinencia y faciliten la viabilizar de Hechos e Iniciativas Regionales, y del nivel de avance de las iniciativas efectivamente desarrolladas.
- Institucionalizar instrumentos de control que permitan valorar el nivel de ejecución o de avance de las Iniciativas Regionales impulsadas por la RAPE.
- Generar el Plan Institucional de Gestión Ambiental de la entidad y documentar las prácticas ambientales de la entidad
- Documentar la funcionalidad de cada uno de los canales de comunicación con el usuario que se han incorporado en la entidad.
- Realizar la definición, organización e impulsar la gestión del archivo físico de cada proceso
- Atender los compromisos del Plan de Mejoramiento Institucional en atención de los plazos establecidos para cada acción.


JHON EMERSON ESPITIA SUÁREZ
 Asesor de Control Interno



Avenida Calle 26 No. 59 – 41/65 oficina 702
 Bogotá, D. C. - Código postal 111321
 PBX: 3297380
www.regioncentralrape.gov.co