



Informe pormenorizado de control interno

Periodo Evaluado: 12 noviembre de 2015 a 12 marzo de 2016

LUIS E. HERNÁNDEZ LEÓN

Asesor de Control Interno

Fecha de elaboración: 12 marzo de 2016

MODULO DE CONTROL PLANEACIÓN Y GESTIÓN

Talento Humano

Acuerdos, Compromisos y Protocolos Éticos

The infographic features a green background with a white circle on the left containing the FONADE logo and the tagline 'Proyectos que transforman vidas'. To the right of the logo, a grey box contains the text: 'La Subgerencia Administrativa Área de Talento Humano invitan a los nuevos colaboradores de FONADE, y a aquellos interesados en actualizar sus conocimientos sobre nuestra Entidad, a la sesión:'. To the right of this box, five yellow callout boxes provide the following details: 'Tema: Orientación al Nuevo Servidor', 'Lugar: Auditorio FONADE, sala No. 2', 'Fecha: Viernes 26 de febrero de 2016', 'Horario: 8:00 a.m. a 5:00 p.m.', and 'Inscripciones: aalvarez@fonade.gov.co'.

- Durante el período evaluado se realizó la divulgación de los valores y principios en las Jornadas mensuales de Orientación al Nuevo Servidor (noviembre, diciembre de 2015 y dos (2) sesiones en el mes de febrero de 2016).

Desarrollo del Talento Humano

El Plan Estratégico Institucional de Gestión Humana PEIGCH incluye el PIC (Plan Institucional de Capacitación, Sistema de Estímulos (plan de Incentivos y Programa de Bienestar) y Sistema de Seguridad de la Información

Plan Institucional de Capacitación

Algunas de las capacitaciones realizadas son los siguientes:

- Capacitación Nuevo Servidor
- Charla de Postconflicto
- Charla de Comisión de Servicios
- Proyecto E. Learning



Capacitación Nuevo Servidor



Charla de Postconflicto



Charla de Comisión de Servicios

Programa Bienestar

Algunos de las actividades realizadas son las siguientes:

- Celebración de Cumpleaños.
- Visita Compensar.
- Pausas Activas
- Mochilas Wayuu
- Noche de Teatro.
- Donación de Sangre
- Resultados Finales Torneo Juegos de Integración de la Función Pública - 2015
- Novena Gerencia General



Celebración de Cumpleaños



Noche de teatro



Yoga In House

Reviviendo Tradiciones: MOCHILAS WAYÚU

Inscríbete al curso y aprende a tejer una hermosa MINIMOCHILA WAYÚU

Envía tus datos a: jherreraz@fonade.gov.co

Según cuenta la historia, la araña o Wale' Kerú fue quien le enseñó a tejer a la mujer Wayúu. Wale' Kerú es una araña tejedora que cuando amanecía ya tenía hechas fajas y chinchorros, y hacía siempre sus dibujos antes de la primavera.

Wale' Kerú enseñaba a las muchachas que permanecían en el encierro, les pedía mucha atención, que no miraran para los lados, que no se distrajeran, pues ella no podía estar enseñando siempre.

20 cupos
Incluye
Materiales

Lun a Vie: 12:30 a 2:00 p.m.
8 SESIONES

Curso Mochilas Wayuu



Navidad Ecológica

Seguridad y Salud en el Trabajo

Algunas de las actividades realizadas en el marco del plan de Seguridad y Salud en el Trabajo son:

- Capacitación Brigadistas Incendios
- Entrenamiento Práctico de Brigadas en Pista
- Matriz de Peligros y Valoración de Riesgos



Capacitación Brigadistas Incendios

Entrenamiento Práctico de Brigadas en Pista

FONADE		MATRIZ DE PELIGROS Y VALORACION DE RIESGOS												POSITIVA										
		CARGOS DE PLANTA DE FONADE ASESORIA REALIZADA POR ARL POSITIVA AÑO 2016																						
AREA	CARGO	CONEXION DE RIESGO	IDENTIFICACION DE PELIGROS			CONTROLES EXISTENTES				EVALUACION DEL RIESGO				MEDIDAS DE INTERVENCION										
			CONEXION DE TRABAJO/FUNCION DE RIESGO	EFECTOS POSIBLES	FUENTE	PREVENI	PREVENI	PREVENI	PREVENI	PREVENI	NIVEL	INTERPRETACION	INTERPRETACION	ACREDITACION DEL RIESGO	ELIMINACION	SUSTITUCION	CONTROL DE INGRESOS	CONTROL ADMINISTRATIVO	EPA Y DOTACION					
GERENCIA GENERAL-SUBGERENCIA FINANCIERA-SUBGERENCIA TECNICA-AREA DE PLANEACION Y CONTROL INTERNO-ASESORIA JURIDICA	GERENTE GENERAL-SUBGERENTE ASesor	RECURSOS HUMANOS	ATRASADO, SOCIOECONOMICO, SOCIOECONOMICO	X	1. Por la alta responsabilidad que tiene dentro de la Entidad	Deficiente-Déficit permanente en la dotación	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	1	20	3	20	ALTO	20	20	II	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL	N.A.	N.A.	N.A.	PLAN DE EMERGENCIA	CONTRATAR A LOS FUNCIONARIOS EN RIESGO PUBLICO	N.A.
GERENCIA GENERAL-SUBGERENCIA FINANCIERA-SUBGERENCIA TECNICA-AREA DE PLANEACION Y CONTROL INTERNO-ASESORIA JURIDICA-AREA BANCO DE EMERGENCIAS Y ASOCIACIONES PUBLICAS-UNIDAD ASISTENCIAL-AREA DE CONTROL TECNICO Y SUPERVISORIO-AREA DE DESARROLLO TERRITORIAL-AREA DE INFRAESTRUCTURA PRODUCTIVA-AREA DE SERVICIOS SOCIOECONOMICOS-AREA DE INFRAESTRUCTURA SOCIAL	GERENTE GENERAL-SUBGERENTE GERENTE DE UNIDAD ASISTENCIAL-PROFESIONAL JUNIOR	RECURSOS HUMANOS	TRAMITO	X	1. Actividades que requieren conocimientos técnicos de alto nivel	Deficiente-Déficit permanente en la dotación	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	1	20	3	20	ALTO	11	20	II	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL	N.A.	N.A.	N.A.	CONTRATAR A LOS FUNCIONARIOS EN RIESGO PUBLICO	N.A.	
GERENCIA GENERAL-SUBGERENCIA FINANCIERA-SUBGERENCIA TECNICA-SUBGERENCIA OPERATIVA-ASESORIA JURIDICA-ASESORIA DE CONTROL INTERNO-ASESORIA JURIDICA	GERENTE GENERAL-SUBGERENTE TECNICO ADMINISTRATIVO-TECNICO ADMINISTRATIVO-AYUDANTE DE OFICINA-ASESOR	TECNOLOGIA	Equipo Obsoleto	X	1. El equipo debido su antigüedad no cumple con los estándares de seguridad	Deficiente en la atención técnica para el mantenimiento que debe poder proporcionar	NINGUNO	Deficiente de atención en el área	Deficiente de atención en el área	1	2	4	8	ALTO	20	40	II	NO ACEPTABLE O ACEPTABLE CON CONTROL	N.A.	N.A.	N.A.	REVISAR EL PROCEDIMIENTO TECNICO PARA REVISAR LA BIENESTAR DE LOS EQUIPOS DE CONTROL QUE SE ENVIAN	N.A.	

Matriz de Peligro y Valoración de Riesgos Pista

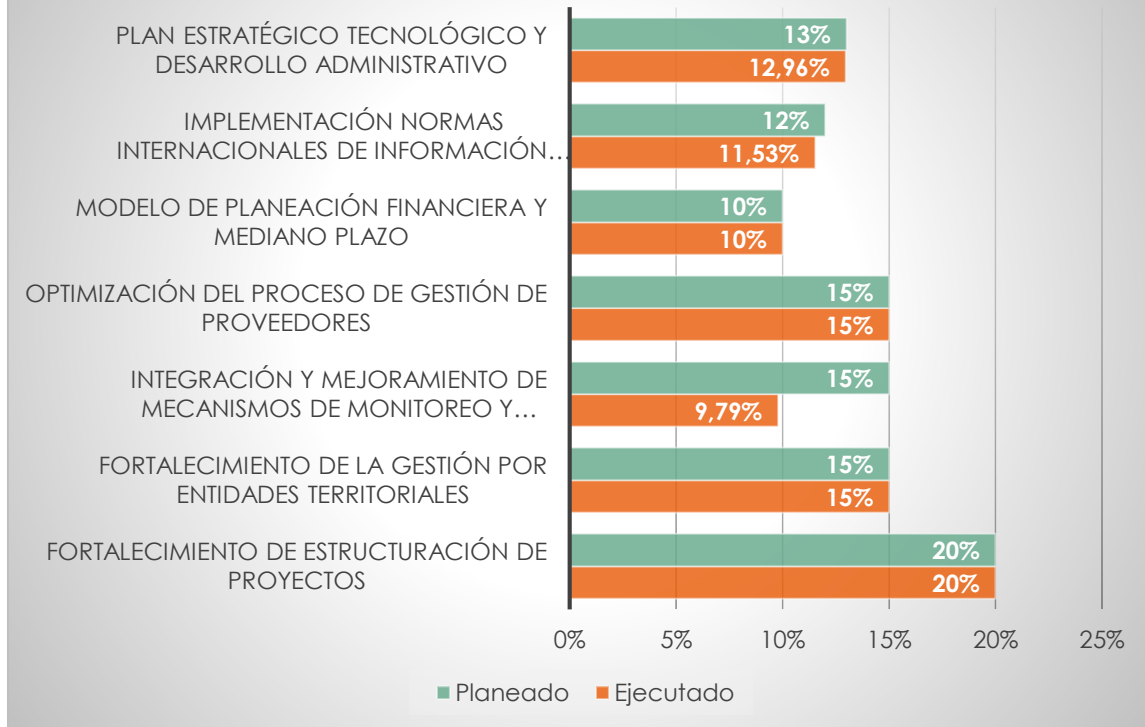
Direccionamiento Estratégico

Planes, Programas y Proyectos

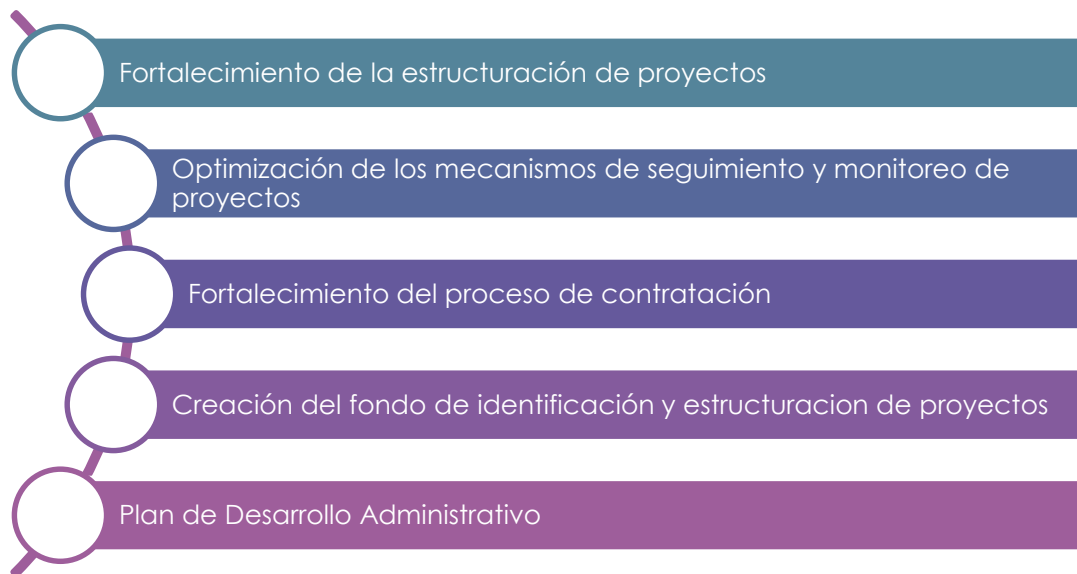
- Con corte a 31 de diciembre de 2015, la Asesoría de Control Interno realizó seguimiento a las actividades del plan de acción vigencia 2015, como resultado se obtuvo que el cumplimiento total fue del 94%, sustentado en el avance de las actividades planeadas, que involucran a los diferentes áreas de la Entidad, frente a un 100% esperado al cierre de la vigencia. A continuación se relaciona el cumplimiento real vs. el cumplimiento esperado por cada uno de los proyectos:



Cumplimiento de los proyectos



Se formuló la propuesta del plan de acción 2016, alineado con los tres (3) objetivos estratégicos propuestos para el período 2015-2018, los proyectos planteados para la vigencia 2016 son:



El área de Planeación y Gestión de Riesgos consolidó la propuesta de plan de acción 2016 y lo publicó una versión en Borrador, en la página web de la Entidad, de acuerdo con lo establecido en el artículo 74 de la ley 1474 de 2011. También el área de Planeación y Gestión de Riesgos continuó realizando el seguimiento mensual al avance de los proyectos, el cual es socializado a través de correo electrónico a los responsables de su ejecución.

Modelo de Operación Por Proceso

Se realizó la actualización de los siguientes documentos del SGC – de FONADE:

- 9 Manuales.
- 26 Procedimientos
- 4 Guías e instructivos.
- 11 Formatos.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-weight: bold; color: white; background-color: black; width: 100px;">ATENCIÓN</div> <div style="font-size: 8px;">CAMBIOS EN EL CATALOGO DOCUMENTAL DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD</div> <div style="font-size: 8px;">Subgerencia Administrativa</div> </div>						
No. / CÓDIGO	DOCUMENTO	DESCRIPCIÓN	ruta	VERSIÓN	FECHA DE VIGENCIA	FECHA DE PUBLICACIÓN
MDI005	Manual	Código de Buen Gobierno - FONADE	Portal corporativo / Catálogo documental / SGC - Catálogo documental del Sistema de Gestión de Calidad / Manuales / Procesos Estratégicos / Documento estratégico / MDI005 Descargue aquí.	03	2016-01-25	2016-02-22
ELIMINACIÓN / DOCUMENTOS OBSOLETOS						
PAP613	Procedimiento	Inducción	Portal corporativo / Catálogo documental / SGC - Catálogo documental del Sistema de Gestión de Calidad / Procedimientos / Procesos de Apoyo / III. Gestión del Capital Humano / PAP613 Descargue aquí.	04A	2016-02-22	2016-02-22

- SGC
 - MECC
 Área de Organización y Métodos

Estas actualizaciones fueron divulgadas a través de correo electrónico por parte del área de Organización y Métodos y publicadas en el catálogo documental de la Entidad

Se ejecutaron las actividades formuladas dentro del plan de acción resultado de la encuesta de satisfacción. Estas actividades fueron formalizadas dentro del sistema de gestión de calidad a través de una acción de mejora (AM15).



Estructura Organizacional



ASOCIACIÓN DEL MAPA DE PROCESOS Y LAS ÁREAS

PROCESO	ÁREAS
DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO	Gerencia General, Planeación y Gestión de Riesgos
GESTIÓN DEL MÉTODO Y BUENAS PRÁCTICAS	Subgerencia Administrativa, Organización y Métodos
GESTIÓN DE COMUNICACIONES	Subgerencia Administrativa, Equipo de Comunicaciones y Relaciones Corporativas
GESTIÓN DE PROVEEDORES	Subgerencia de Contratación, Estudios Previos, Procesos de Selección, Gestión Contractual, Liquidaciones
ESTRUCTURACIÓN DE PROYECTOS (Negociación, planeación, ejecución y cierre).	Subgerencia Financiera, Banca de Inversión y Asociaciones Público - Privadas (APP)
EVALUACIÓN DE PROYECTOS (Negociación, planeación, ejecución y cierre).	Subgerencia Financiera, Evaluación de Proyectos
GERENCIA DE PROYECTOS (Negociación, planeación, ejecución y cierre).	Subgerencia Técnica, Ciencia tecnología y emprendimiento, Desarrollo económico y social, Infraestructura productiva, Infraestructura social, Minas e Hidrocarburos, Desarrollo Territorial

FONADE
Proyectos que transforman vidas

DNP
Departamento Nacional de Planeación

A través de jornadas mensuales de orientación al nuevo servidor, se continúa con la sensibilización a los colaboradores, respecto a la relación con la estructura y los procesos definidos en el modelo de operación de la Entidad.

Indicadores de Gestión

De acuerdo a los indicadores de gestión por procesos definidos, se han realizado las mediciones y análisis con la periodicidad establecidas en las hojas de vida del indicador. Adicionalmente, el área de Organización y Métodos realiza seguimiento mensual y lo socializa a través de correo electrónico a todos los colaboradores de la Entidad; cumpliendo lo establecido en el PDI306 *Indicadores del Sistema de Gestión de Calidad Versión 06*.

MEDICIONES REALIZADAS DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN POR PROCESO			
 corte: 31 DE DICIEMBRE DE 2015			
PROCESO	SATISFACTORIO	ACEPTABLE	CRÍTICO
Gestión de Proveedores	61	36	7
Gestión del Método y Buenas Prácticas	12	9	5
Gestión de Comunicaciones	3	0	1
Gestión Jurídica	3	0	0
Estructuración de Proyectos	8	2	1
Gerencia de Proyectos	81	19	43
Evaluación de Proyectos	19	0	4
Etapa de Negociación	8	0	0
Gestión Administrativa	49	10	2
Gestión del Capital Humano	36	7	6
Gestión Financiera	22	30	7
Evaluación y Control	10	6	1
Gestión del Riesgo	2	0	0
Direccionamiento Estratégico	0	1	0
Monitoreo	20	1	1
TOTAL MEDICIONES POR RANGO	334	121	78
PORCENTAJE DE MEDICIONES (RANGOS)	63%	23%	15%
TOTAL MEDICIONES REALIZADAS EN EL AÑO 2015	533		

Administración del Riesgo

Las políticas de administración de riesgos están alineadas a la misión y modelo de negocio de Fonade; así como los objetivos institucionales y de calidad y a la naturaleza de la Entidad. Particularmente las políticas están enfocadas a mitigar el impacto generado por la materialización de riesgos y promover la sostenibilidad operacional de la Entidad.

Se realizó actualización del perfil de riesgo operativo, fundamentada en el modelo de operación por procesos y en la metodología adoptada por la Entidad.

Proceso	total	RIESGO ABSOLUTO					RIESGO RESIDUAL				
		Inaceptable	Importante	Moderado	Tolerable	Aceptable	Inaceptable	Importante	Moderado	Tolerable	Aceptable
Evaluación y Control	12	2	3	7	0	0	0	2	4	6	0
Estructuración de Proyectos	15	0	4	10	1	0	0	0	8	5	2
Evaluación de Proyectos	13	0	4	9	0	0	0	0	6	7	0
Gestión del Método y BP	8	3	5	0	0	0	0	4	4	0	0
Gestión de Proveedores	32	5	17	8	2	0	0	7	19	4	2
Gestión Administrativa	90	26	36	18	10	0	0	10	44	22	14
Gerencia de Proyectos	32	1	17	14	0	0	0	1	20	10	1
Gestión Financiera	55	1	19	28	7	0	0	1	22	26	6
Gestión de Riesgos	12	0	7	4	1	0	0	1	6	4	1
Direccionamiento Estratégico	7	1	3	3	0	0	0	1	5	1	0
Gestión de Comunicaciones	4	0	1	3	0	0	0	0	1	2	1
Gestión Jurídica	4	0	1	2	1	0	0	0	2	1	1
Gestión del Capital H	25	0	2	7	15	1	0	0	3	12	10
Monitoreo	5	0	3	1	1	0	0	0	4	0	1
	314	39	122	114	38	1	0	27	148	100	39

FONADE a través del Catálogo Documental, divulga a todos los colaboradores la información relacionada con el Sistema de Administración de Riesgo Operativo.

De otra parte, a través de las auditorías internas de control interno y de calidad, se evalúa la suficiencia y eficacia de los controles asociados a los riesgos identificados y a través de evaluaciones cuatrimestrales se verifica el avance de los planes de tratamiento formulados de acuerdo a las políticas de administración de riesgo establecidas en la Entidad.

Teniendo en cuenta el decreto 124 de enero de 2016 que introdujo modificaciones al “Plan anticorrupción y atención al Ciudadano”, entre otros el artículo 2.1.4.2 Mapa de Riesgo de Corrupción, dónde se señala la metodología para diseñar y hacer seguimiento al mismo, a través del documento “Guía para la Gestión de Riesgo de Corrupción”, FONADE viene adelantando la construcción del mapa de riesgos de corrupción por medio de las siguientes etapas:



MÓDULO DE CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Autoevaluación Institucional

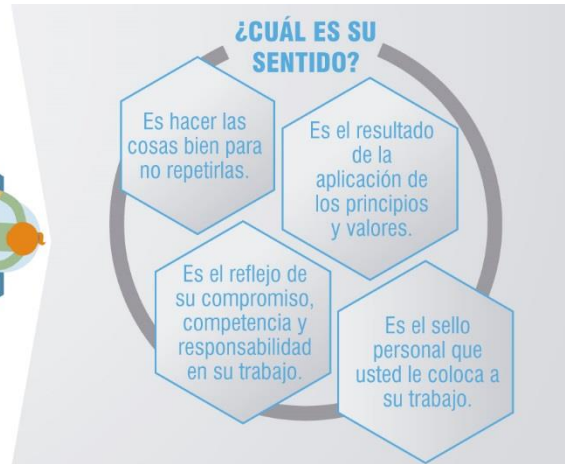
Autoevaluación del Control y Gestión

FONADE cuenta con mecanismos de verificación y autoevaluación como: comités, Sistema de Administración de Riesgos Operativos (SARO), indicadores de gestión, documentación del Sistema de Gestión de Calidad, entre otros.

La Asesoría de Control Interno, dando cumplimiento a su rol de fomento de autocontrol ha realizado una campaña de sensibilización dirigida a todos los colaboradores de la Entidad. En el mes de diciembre de 2015 se realizó una actividad lúdica sobre la importancia del autocontrol, adicionalmente, en las charlas al nuevo servidor se fomenta el autocontrol.



Actividad de sensibilización



Piezas de sensibilización: Fomento autocontrol

Auditoría Interna

De acuerdo al el Plan Anual de Auditorías SCI -2015 aprobado por el Comité de Auditoría y Coordinación del Sistema de Control Interno, se han ejecutado las siguientes auditorías entre los meses de noviembre de 2015 a marzo 12 de 2016:



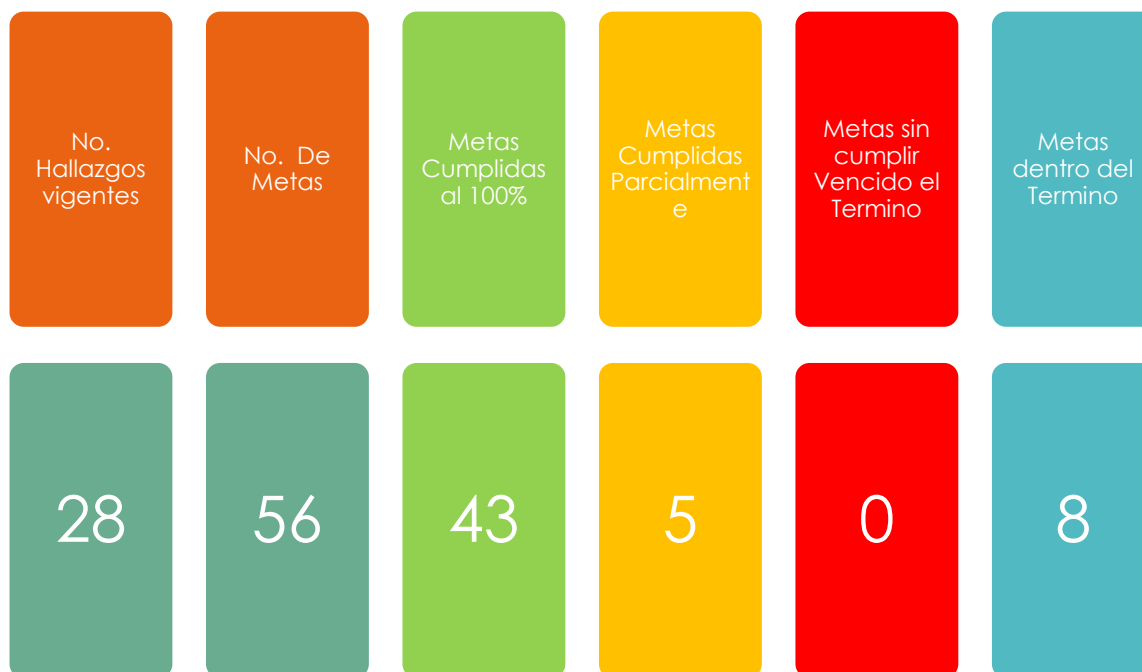
Adicionalmente, durante el período evaluado, se realizó un seguimiento cuatrimestral a las acciones del Sistema de Control Interno, planes de tratamiento de riesgos, acciones de Sistema de Gestión de Calidad con corte a 30 de octubre; que se ejecutó en el mes de noviembre de 2015.

Las auditorías internas de calidad y/o de control Interno, se realizan con enfoque en riesgos.

En el mes diciembre de 2015 se formuló el plan anual de auditorias vigencia 2016, el cual fue aprobado por el Comité de Auditoría y Coordinación del Sistema de Control Interno mediante acta No.5 de diciembre de 2015.

Plan de Mejoramiento de la Contraloría General de la República CGR

La Asesoría de Control interno realizó evaluación con corte a 31 de Diciembre de 2015, del plan de mejoramiento suscrito con la CGR, arrojando el siguiente resultado: El cumplimiento del periodo evaluado fue 100% de las 56 metas del plan suscrito, 43 se cumplieron en un 100%, 5 están en avance parcial, (no ha vencido el término de su ejecución) y 8 sin avance no ha vencido el término de su ejecución.



INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Información y Comunicación Interna

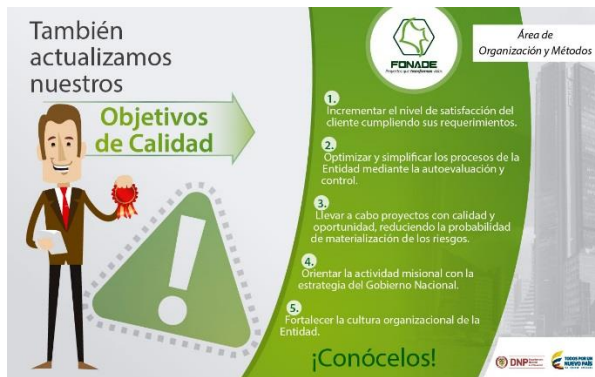
A través del correo electrónico se han realizado campañas de divulgación de diferentes temáticas, mediante piezas comunicacionales durante el período evaluado:



Riesgos



Seguridad de la Información



Objetivos de Calidad



Contribuyamos con la crisis energética



Ejemplo de Buenas Prácticas de Eficiencia Administrativa



Adicionalmente, dando cumplimiento a la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública, se aprobó la política Editorial en Comité Institucional de Desarrollo Administrativo (Acta No. 023 de noviembre de 2015) y se publicó en la página Web de la Entidad, el Índice de Información Clasificada y reservada también fue publicado.

Sistemas de Información y Comunicación

Las tablas de retención documental se actualizaron, de acuerdo con la Ley General de Archivo No. 594 del 2000 y el Acuerdo No. 004 de 2013 y debido a las modificaciones de la estructura organizacional, fueron aprobadas por el Comité Institucional de Desarrollo Administrativo mediante acta 024 de diciembre de 2015 y en el acta 026 de febrero de 2016.

Aspectos a fortalecer y mejorar

1. Aunque la entidad cuenta con aplicativos que soportan la operación del Negocio, no se cuenta con un sistema de Información robusto que administre todos los aplicativos que apoyan la gestión, tema que ha sido recurrente en informes anteriores.
2. Se presenta deficiencias en la definición y/o ejecución de los planes de acción (SGC/SCI), ya que se evidenció que las actividades no se cumplen en los tiempos programados y se mantienen las debilidades encontradas dentro de los procesos auditados.

3. Aunque se cuenta con indicadores definidos para los procesos, no se tienen establecidos indicadores de efectividad en los procesos misionales que permitan medir el impacto de los productos y servicios ofrecidos por la Entidad.
4. Se presentan debilidades en la planificación de los cambios resultantes de las modificaciones de la estructura organizacional y su impacto en las diferentes áreas que conforman la Entidad, como por ejemplo, la actualización de las Tablas de Retención Documental TRD, que en un año han sufrido cambios y ha sido necesario aprobarlas 4 veces, cambio en procedimientos de contratación, etc.
5. Se detectaron dificultades en la toma de acciones con ocasión de la retroalimentación de los resultados de la estrategia de rendición de cuentas, ya que se realizó en diciembre de 2015; lo que no permitió su ejecución durante la vigencia.
6. Se recomienda fortalecer el sistema integrado de documentación que cubre el plan de conservación documental y el plan de preservación digital.
7. Aun cuando se evidencia las actualizaciones en el Plan Institucional de Capacitación, por cambios organizacionales o normativos, no se identifican la trazabilidad en las modificaciones realizadas en el plan.
8. No ha sido aprobado el plan estratégico institucional ni el plan de acción institucional para la vigencia 2016 por las instancias autorizadas

Firmado el original

LUIS E. HERNANDEZ LEÓN

Asesor de Control interno

Elaboró: VIVIANA ROCIO BEJARANO/MARIA JANETH PATIÑO

