

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	1 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

TIPO DE AUDITORÍA INTERNA:
AUDITORIA A PROCESO

NOMBRE:
AUDITORIA AL PROCESO PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES EN EL
MARCO DEL MODELO PEDAGOGICO

DEPENDENCIA QUE PRESENTA EL INFORME DE AUDITORÍA:
OFICINA DE CONTROL INTERNO

BOGOTÁ, SEPTIEMBRE DE 2024

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	2 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Tabla de contenido

1. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA:	3
2. ALCANCE:	3
3. EQUIPO DE TRABAJO:	3
4. CRITERIOS DE LA AUDITORIA:.....	3
5. CONTEXTO DEL PROCESO A AUDITAR	4
6. METODOLOGÍA APLICADA:	8
7. RESULTADOS DEL PROCESO AUDITOR:	8
7.1. FORTALEZAS Y/O MEJORAS OBSERVADAS:.....	8
7.2 HALLAZGOS:	9
7.3. RESPUESTAS DEL AUDITADO:	26
7.4. OPORTUNIDADES DE MEJORA:	31
7.5. EVALUACION DE EFECTIVIDAD DE PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS:	33
7.6. ANEXOS:	34
8. CONCLUSIONES:	34
9. RECOMENDACIONES GENERALES:	34

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	3 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

1. OBJETIVOS DE LA AUDITORÍA:

Realizar evaluación de la gestión de la prestación de servicios sociales, que tiene como propósito, prestar los servicios sociales desde un modelo pedagógico basado en los principios de afecto, alegría y libertad a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en habitabilidad en calle y en riesgo de habitarla, vulnerabilidad, fragilidad social, víctimas y en riesgo de explotación sexual comercial o en conflicto con la ley en la Ciudad, implementando estrategias, programas y modelos orientados a desarrollo de capacidades y generación de oportunidades contribuyendo en la construcción de su proyecto y sentido de vida, verificando el cumplimiento y aplicación de las normas, lineamientos internos y externos vigentes.

2. ALCANCE:

Evaluar la gestión del proceso iniciando con las acciones territoriales que permiten la atención y vinculación de los NNAJ (Niños, Niñas, Adolescentes y Jóvenes) hasta su desvinculación o egreso; con enfoque principal en las acciones de convenios. Del periodo 2023 y primer trimestre 2024.

3. EQUIPO DE TRABAJO:

ROLES	NOMBRES	COMPETENCIAS
Auditor Líder	Carlos Andrés Guerra Jiménez	Coordinación del proceso auditor, planeación de la auditoría, revisión documental, ejecución pruebas de auditoría, proyección y consolidación del informe.
Equipos de Auditores de Apoyo	Navis Alberto Flórez León Ana Yolanda Garzón Gachancipá Paola Andrea Arias Cabrera Sergio Andrés Castro Londoño Ingrid Beatriz Acosta Velásquez Anyela Viviana Buitrago Amarillo	Revisión documental, ejecución pruebas de auditoría, proyección del informe.

4. CRITERIOS DE LA AUDITORÍA:

- Caracterización, procedimientos, manuales, instructivos, mapa de riesgos y corrupción, planes y demás documentos del proceso vigentes en el SIGID durante el periodo a evaluar
- Constitución Política de Colombia
- Ley 80 de 1993 Por la cual se expide el Estatuto General de Contratación de la Administración PÚBLICA artículo 2.
- Ley 489 de 1998 Por la cual se dictan normas sobre la organización y funcionamiento de las entidades del orden nacional, se expiden las disposiciones, principios y reglas generales para el ejercicio de las atribuciones previstas en los numerales 15 y 16 del artículo 189 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. artículos 2, 95 y 96.
- Ley 1150 de 2007 Ley 1150 de 2007, artículo 2, numeral 4, literal c, modificado por el artículo 92 de la Ley 1474 de 2011 Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública.
- Ley 1474 DE 2011, "Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública."
- Ley 1712 de 2014 "...Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones..."
- Ley 1641 de 2013. "Por el cual se establecen los lineamientos para la formulación de la Política Pública Social para Habitantes de Calle y se dictan otras disposiciones".

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	4 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

- Decreto 560 de 2015. "Por medio del cual se adopta la Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle y se derogan los Decretos Distritales Nos 136 de 2005 y 170 de 2007"
- Ley 1562 de 2012. "Por la cual se modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional".
- Resolución 0312 de 2019 "Por la cual se definen los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para empleados y contratantes".
- Decreto 780 de 2016 "Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social"
- Decreto 1082 de 2015, Por medio del cual se expide el decreto único reglamentario del sector administrativo de Planeación Nacional
- Manual de contratación de la entidad contratante
- Código Procedimiento Administrativo y Contencioso Administrativo

5. CONTEXTO DEL PROCESO A AUDITAR

5.1. RIESGOS.

DESCRIPCION	CUBIERTOS EN LA AUDITORÍA
<i>Mapa de riesgos de gestión del Proceso</i>	
<i>Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por demandas, quejas, escándalos mediáticos debido a la afectación del estado de salud de los NNAJ, ocasionada por la naturalización de lesiones personales, inobservancia de las medidas de seguridad, inadecuado uso de elementos de protección personal, herramientas, materiales e insumos, y/o lineamientos establecidos en el desarrollo de las actividades propias del Modelo Pedagógico y la fabricación de alimentos.</i>	SI
<i>Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por demandas, quejas, escándalos mediáticos debido a la afectación del estado de salud de los NNAJ, ocasionada por la naturalización de lesiones personales, inobservancia de las medidas de seguridad, inadecuado uso de elementos de protección personal, herramientas, materiales e insumos, y/o lineamientos establecidos en el desarrollo de las actividades propias del Modelo Pedagógico y la fabricación de alimentos.</i>	SI
<i>Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por demandas, quejas, escándalos mediáticos debido a la afectación del estado de salud de los NNAJ, ocasionada por la naturalización de lesiones personales, inobservancia de las medidas de seguridad, inadecuado uso de elementos de protección personal, herramientas, materiales e insumos, y/o lineamientos establecidos en el desarrollo de las actividades propias del Modelo Pedagógico y la fabricación de alimentos</i>	SI
<i>Posibilidad de afectación económica y/o reputacional por demandas, quejas, escándalos mediáticos debido a la afectación del estado de salud de los NNAJ, ocasionada por la naturalización de lesiones personales, inobservancia de las medidas de seguridad, inadecuado uso de elementos de protección personal, herramientas, materiales e insumos, y/o lineamientos establecidos en el desarrollo de las actividades propias del Modelo Pedagógico y la fabricación de alimentos.</i>	SI
<i>Mapa de riesgos de corrupción del Proceso</i>	
<i>Manipulación y alteración de la información de los NNAJ por parte de los funcionarios y/o contratistas del proceso misional para beneficiar o priorizar en la prestación de los servicios a un beneficiario que no cumplen con los criterios requeridos.</i>	SI
<i>Desvío de los recursos de alimentación y de transporte destinados para los NNAJ por parte de los funcionarios y/o contratistas del proceso misional para beneficio propio o de un tercero</i>	NO
<i>Sustracción o desvío, de los dineros recaudados en el convenio de Baños Públicos, por parte de los beneficiarios, funcionarios y/o contratistas que participan en el recaudo, para beneficio propio o de personas no vinculadas al Instituto.</i>	SI

5.2. PLANES DE MEJORAMIENTO:

Entidad o Dependencia Auditora	Fecha de la Auditoria	# de hallazgos	Tipo de plan	# De acciones de mejora	# Acciones cerradas	# Acciones abiertas	# acciones vencidas
Oficina de Control Interno	2022	1	Interno	1	1	0	0
Oficina de Control Interno	2023	4	Interno	6	3	0	3

Fuente. Tablero de Control de la Mejora Continua corte febrero de 2024

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	5 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

5.3. PLAN DE ACCIÓN DEL PROCESO:

Objetivo estratégico	Iniciativa Estratégica	Acciones	Meta	% avance anual de la actividad
Ampliar, diversificar y fortalecer los servicios de la oferta pedagógica del IDIPRON	Fortalecer la oferta brindada por las áreas de servicios a los NNAJ.	Realizar actividades de impacto que permitan la generación de nuevos contactos únicos.	150 contactos únicos	0%
Ampliar, diversificar y fortalecer los servicios de la oferta pedagógica del IDIPRON	Fortalecer la oferta brindada por las áreas de servicios a los NNAJ.	Formular y realizar el seguimiento al Plan de Trabajo para promover la adecuada planeación, seguimiento y evaluación de las estrategias de Prevención y Prevención Riesgo ESCNNA.	Plan de Trabajo contenido en las actas de las mesas misionales	0%
Ampliar, diversificar y fortalecer los servicios de la oferta pedagógica del IDIPRON	Fortalecer la oferta brindada por las áreas de servicios a los NNAJ.	Adelantar acciones encaminadas a la definición de los riesgos de la ESCNNA	Un documento interno oficializado	0%
Ampliar, diversificar y fortalecer los servicios de la oferta pedagógica del IDIPRON	Fortalecer la oferta brindada por las áreas de servicios a los NNAJ.	Realizar la gestión necesaria con la Gerencia de Recursos Físicos para cuidar el bienestar físico de las Unidades de Protección Integral	Un Cronograma Trimestral soportado con actas y listados de asistencia	17%
Ampliar, diversificar y fortalecer los servicios de la oferta pedagógica del IDIPRON	Fortalecer la oferta brindada por las áreas de servicios a los NNAJ.	Generar alertas frente al cubrimiento de los servicios generales en las Unidades de Protección Integral	Una matriz consolidada que muestre el estado de la ejecución de los contratos	17%
Armonizar el modelo pedagógico a las realidades del siglo XXI	Modernizar la prestación de servicios y seguimiento al proceso de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.	Formular y hacer seguimiento al tablero de control de las acciones asociadas al debido cargue de información en el Sistema de Información Misional (SIMI).	Un tablero de control consolidado	0%
Armonizar el modelo pedagógico a las realidades del siglo XXI	Modernizar la prestación de servicios y seguimiento al proceso de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.	Hacer seguimiento a las acciones asociadas al debido cargue de información en el Sistema de Información Misional (SIMI).	11 actas de reuniones mensuales	18%
Desarrollo de estrategias para el fortalecimiento de las capacidades físicas, tecnológicas, administrativas, operativas y mejoramiento del desempeño institucional para enfrentar las necesidades del IDIPRON en el siglo XXI.	Implementación, desarrollo, interiorización y apropiación de las políticas de MIPG.	Realizar seguimiento al cumplimiento de las Herramientas de Gestión	9 informes mensuales	0%
Ampliar, diversificar y fortalecer los servicios de la oferta	Gestionar las estrategias que garanticen obtener los convenios	Realizar seguimiento a la postulación de jóvenes a Actividades de Corresponsabilidad	3 informes de seguimiento	0%

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	6 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Objetivo estratégico	Iniciativa Estratégica	Acciones	Meta	% avance anual de la actividad
pedagógica del IDIPRON	necesarios para alcanzar la meta de vincular 7.000 jóvenes con oportunidades para su inserción socioeconómica			
Ampliar, diversificar y fortalecer los servicios de la oferta pedagógica del IDIPRON	Gestionar las estrategias que garanticen obtener los convenios necesarios para alcanzar la meta de vincular 7.000 jóvenes con oportunidades para su desarrollo socioeconómico	Realizar un informe final de convenios y otras estrategias ejecutadas y/o gestionadas en la vigencia 2024	1 informe final	0%
Diseñar e implementar prácticas pedagógicas innovadoras para el desarrollo de capacidades, talentos y oportunidades productivas para los jóvenes.	Desarrollar acciones para la inclusión productiva de jóvenes.	Realizar seguimiento a los laboratorios pedagógicos productivos implementados (Laboratorio de confecciones, bicicletas y maderas)	3 informes de seguimiento cuatrimestral a cada laboratorio	0%
Determinar las acciones orientadas al cierre de brechas organizacionales	Cerrar las brechas organizacionales para mejorar la gestión del instituto	Realizar cierre de las acciones de los planes de mejoramiento, que se encuentran abiertas y/o vencidas, y con fecha máxima de finalización a 31-12-2023 de la Subdirección para las Oportunidades	Cierre de 3 acciones: PMAI-2023-010 - Subdirección técnica de oportunidades PMAI-2023-011 - Subdirección técnica de oportunidades PMAI-2023-014 - Subdirección técnica de oportunidades	0%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación reporte plan de acción cortes 31/12/2023 y 31/03/2024

5.4. INDICADORES DEL PROCESO:

Tipo de Indicador	# de indicador	Descripción del indicador	periodicidad de medición	Resultados medición
Estratégico	IN-PEI-PSS-001	Medir la gestión del área de Emprender mediante el número de laboratorios pedagógicos y productivos desarrollados.	Anual	0%
Estratégico	IN-PEI-PSS-002	Medir el número de jóvenes vinculados efectivamente a los laboratorios pedagógicos y productivos, con el fin de desarrollar acciones orientadas a su inclusión productiva	Trimestral	0%
Estratégico	IN-PEI-PSS-003	Medir el número de jóvenes vinculados a través de actividades de corresponsabilidad para calcular el avance de la meta de 7000 jóvenes vinculados	Trimestral	0%
Estratégico	IN-PEI-PSS-004	Medir el número de jóvenes vinculados a través de actividades de corresponsabilidad para calcular el avance de la meta de 7000 jóvenes vinculados	Trimestral	69%

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	7 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Tipo de Indicador	# de indicador	Descripción del indicador	periodicidad de medición	Resultados medición
Estratégico	IN-PEI-PSS-005	Medir el número de jóvenes vinculados a la estrategia Cultura Ciudadana para evidenciar el fortalecimiento del programa	Trimestral	0%
Gestión	IN-GES-PSS-001	Medir el porcentaje de NNAJ que aceptan la oferta de servicios del IDIPRON tras ser atendidos por las estrategias de Prevención y Caminando Relajado; con el objetivo de conocer la eficacia en la prestación del servicio	Semestral	0%
Gestión	IN-GES-PSS-002	Medir el número de NNAJ, que permanecen en el modelo Pedagógico, acción definida a partir del número de NNAJ activos en las Unidades de Protección Integral que presentan un número mayor de 6 asistencias en el mes. Lo anterior con el objetivo de formular estrategias que garanticen los procesos de atención que se brindan a los jóvenes en las etapas del modelo pedagógico	Mensual	58%
Gestión	IN-GES-PSS-004	Medir el índice de cobertura en la Unidades de Protección Integral, conforme a los cupos reales establecidos por la capacidad de la infraestructura y el recurso humano, a fin de generar alertas que permitan el uso eficiente de los cupos de las UPI.	Mensual	67%
Gestión	IN-GES-PSS-005	Medir el seguimiento al cumplimiento de criterios de permanencia (edad misional y tiempo de permanencia) de los/las jóvenes vinculados a Actividades de Corresponsabilidad Modalidad Estímulo.	Trimestral	100%
Gestión	IN-GES-PSS-006	Medir la realización del Seguimiento pedagógico a Actividades de Corresponsabilidad Modalidad Estímulo.	Trimestral	100%
Gestión	IN-GES-PSS-007	Medir la vinculación de los jóvenes requeridos según lo establecido en los documentos contractuales de los convenios interadministrativos suscritos por el IDIPRON.	Trimestral	84%
Gestión	IN-GES-PSS-008	Medir la participación de los/las jóvenes en los talleres de inducción fundamentales establecidas para las Actividades de Corresponsabilidad Modalidad Estímulo	Trimestral	97%
Gestión	IN-GES-PSS-009	Medir el número de NNAJ que, tras asistir a 5 o más encuentros en territorio, les son aplicados las fichas de ingreso. Esta medición se realiza para obtener información relevante en la toma de decisiones del proceso.	Bimensual	95%
Gestión	IN-GES-PSS-010	Medir el número de NNAJ con Fichas de Ingreso que son trasladados a Unidades de Protección Integral. Esta medición se realiza para obtener información relevante en la toma de decisiones del proceso.	Bimensual	105%
Gestión	IN-GES-PSS-011	Medir el número de Fichas de Ingreso aplicadas a Jóvenes Ciudadanos Habitantes de Calle (JCHC) asistentes a los servicios ofrecidos. Esta medición se realiza para obtener información relevante en la toma de decisiones del proceso.	Mensual	99%

Fuente. Oficina Asesora de Planeación reporte indicadores, cortes 31/12/2023 y 31/03/2024

5.5. ARTICULACIÓN POLITICA MIPG:

No aplica para esta auditoría dado que el proceso no lidera ninguna de las políticas del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	8 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

6. METODOLOGÍA APLICADA:

Para el desarrollo de la evaluación de la gestión del proceso Prestación de Servicios Sociales, se emplearon técnicas de auditoría, tales como: muestreo, verificación documental física a (Carpetas de Convenios), análisis de la información, observación, pruebas de recorrido de controles. Este análisis se efectuó, de acuerdo con las normas internacionales de auditoría, los criterios y la normatividad vigente relacionada.

Durante la fase de planeación, ejecución y revisión documental, se solicitó información al Prestación de Servicios Sociales, por medio de cinco (5) memorandos internos, recibiendo respuesta oportuna y el equipo auditor procedió a realizar el análisis de las respuestas junto con los anexos presentados y a la ejecución de las pruebas de auditoría.

Por otra parte, se realizó verificación documental de las carpetas de los convenios, con técnica de muestreo, utilizando el aplicativo para el “Calculo de muestreo aleatorio simple” del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP (ver imagen1), a través de la caja de herramientas de la guía de auditoría, para lo cual se seleccionó una muestra de 6 convenio interadministrativos.

Se realizaron ocho visitas (12) de campo así: Cuatro (4) visitas a distintos puntos de al convenio 407/2019 Baños Públicos, Cuatro (4) visitas a distintos puntos de al convenio 1050/2024 Transmilenio Guías/Anfitriones, tres (3) visitas distintos puntos de al convenio 2318/2021 Secretaria Distrital de Movilidad y una (1) unidad de protección integral UPI la 32.

Los documentos consolidados y el contenido generado por el análisis de la información están documentados en los papeles de trabajo, que reposan en los archivos de la Oficina de Control Interno y en digital en la carpeta compartida.



CÁLCULO DE LA MUESTRA

AUDITORÍA:

Muestreo Aleatorio Simple para estimar la proporción de una población

Entidad	Instituto Distrital para la protección de los niños y la juventud-IDIPRON
Proceso	Prestacion de Servicios Sociales
Cálculo de la muestra para:	Convenios Interadministrativos Activos
Período Evaluado:	Año 2023 y Primer Timestre 2024
Preparado por:	Carlos Andrés Guerra Jiménez
Fecha:	01/06/2024
Revisado por:	Marcela Delgado
Fecha:	01/06/2024

INGRESO DE PARAMETROS

Tamaño de la Población (N)	8
Error Muestral (E)	10%
Proporción de Éxito (P)	10%
Nivel de Confianza	90%
Nivel de Confianza (Z) (1)	1.645

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Fórmula

24

Muestra Óptima

6

Formula para poblaciones infinitas

$$n = \frac{z^2 * P * Q}{E^2}$$

Formula para poblaciones finitas

$$n = \frac{P * Q * z^2 * N}{N * E^2 + z^2 * P * Q}$$

Z= Valor de la distribución normal estándar de acuerdo al nivel de confianza

E= Error de muestreo (precisión)

N= Tamaño de la Población

P= Proporción estimada

Q= 1-P

Imagen 1. Calculo Cantidad Muestra – Fuente Caja de herramientas de la guía de auditoría DAFP.

7. RESULTADOS DEL PROCESO AUDITOR:

7.1. FORTALEZAS Y/O MEJORAS OBSERVADAS:

Se reconoce como fortaleza los logros institucionales en la generación de oportunidades dirigidas a las diferentes necesidades y características de los AJ, beneficiados y atendidos a través de convenios que les brindan sin distinciones, opciones de aprendizaje e ingreso a actividades laborales en múltiples escenarios y actividades que aportan a su bienestar y crecimiento.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	9 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

7.2 HALLAZGOS:

Hallazgo 1.
En prueba de recorrido de ejecución de controles se detectó que los operadores no reconocen y no dan aplicación a las actividades referentes a depositar en la caja de seguridad la totalidad del recaudo del turno, así como tampoco a lo concerniente a sobrantes o faltantes de dinero, denotando así falencias en la ejecución de los puntos de control y actividades 2,5,7,9,13,20,22 y 24 del procedimiento RECAUDO BAÑOS PÚBLICOS CODIGO M-DAL-PR-013. Situación que puede estar causada por desconocimiento, debilidades en el diseño o supervisión de los puntos de control, generando riesgos de pérdida de recursos públicos, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control.
Detalle de la situación observada: ➤ Visita baños públicos portal del norte de Transmilenio: En el punto 1, se realiza arqueo y el operador indica que en su turno recibió como “base” \$13.200 en monedas, porque ellos no depositan en la caja de seguridad la totalidad del recaudo del turno y dejan la “base” en monedas; se procede a realizar el conteo y se puede validar el valor recaudado a la hora de la visita, evidenciando el sobrante correspondiente a los \$13.200. En el punto 2, se realiza arqueo y la operadora indica que en su turno recibió como “base” en monedas \$23.200, se procede a realizar el conteo y se detecta un faltante de \$1.150, de lo que se indaga a la operadora, quien manifiesta que este corresponde a un señor que salió corriendo sin pagar. Lo anterior, evidencia que se deja una “base” en monedas, por lo que se puede concluir que no se está ejecutando la actividad 24 del procedimiento que establece: <i>“Depositar en la caja de seguridad la totalidad del recaudo del turno”</i> subrayas fuera del texto Asimismo, se solicitó a los dos operadores de los puntos visitados, exponer que debían hacer cuando se detectaran sobrantes o faltantes de dinero, a lo cual respondieron que no se presentaban, pero en caso de que se presentaran faltantes debían reponer el dinero. ➤ Visita baños públicos portal el dorado Transmilenio: En la visita realizada al punto de baños públicos del portal del dorado, se realizó arqueo de lo corrido de la operación hasta el momento visita, evidenciando sobrante por valor de \$ 2.600. el operador del baño indica que pueden ser 3 personas que entraron al baño sin pasar por la registradora, se giró 3 veces la registradora para legalizar el ingreso de 3 usuarios, acción que denota falencias en el cumplimiento de la condición general 2 “Por ningún motivo se debe adulterar, forzar o manipular la registradora con el ánimo de ajustar el consecutivo de registro; o en su defecto permitir el acceso al servicio sin realizar el debido registro en la máquina registradora.” sin embargo luego de esto persistía una diferencia de \$200 y toda vez que el costo del servicio es de \$ 800. ➤ Visita baños públicos portal Ricaurte: Se realiza arqueo, con base en el dinero existente al momento de iniciar con la verificación de la lista de chequeo, y se evidencio un sobrante de \$200. Con esta diferencia se les pregunta a las 3 operadoras el procedimiento que se realiza en los casos en lo que ocurre esta situación de sobrantes o faltantes, de lo que se indica que al terminar turno verifican la cantidad de dinero que tienen y lo dividen en el valor del ingreso al baño, que son \$800. De ese resultado verifican con la cantidad de dinero, en el caso de sobrantes lo ajustan con el giro de la registradora o en caso faltante deben reponen el dinero, situación que coincide con lo referenciado anteriormente.
Criterio: Procedimiento recaudo baños públicos código M-DAL-PR-013 V 05
Posibles causas: Desconocimiento del procedimiento, debilidades en el diseño o supervisión de los puntos de control.
Posible consecuencias o riesgo asociados: Riesgos de pérdida de recursos públicos, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control.
Recomendación 1.
Fortalecer el diseño y supervisión de la ejecución los puntos de control; socializar el procedimiento de recaudo de baños públicos a todos los responsables de este.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	10 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Hallazgo 2.
Como resultado de las visitas realizadas a una muestra de baños públicos, se identificaron botiquines que no cuentan con los elementos completos o casos en los que tienen elementos en mal estado y/o vencidos, lo que evidencia falencias en la observancia de lo establecido en los artículos 1º, 2º y 4º de la Resolución 705 de 2007 de la Secretaría Distrital de Salud; lo que puede estar causado por debilidades en los puntos de control de inspección reposición y mantenimiento de botiquines, generando riesgos asociados a deficiencias para atender las emergencias que se puedan presentar en los baños públicos, así como posibilidad de observaciones e entes externos de vigilancia y control
Detalle de la situación observada:
➤ Visita baños públicos portal del norte de Transmilenio: Los botiquines de los dos puntos visitados no contaban con los elementos completos, se observaron elementos en mal estado y vencidos (ver detalle en el anexo 2. Registro fotográfico visitas). ➤ Visita baños públicos portal calle 80 de Transmilenio: Los botiquines de los dos puntos visitados no contaban con los elementos completos, se observaron elementos en mal estado y vencidos (ver detalle en el anexo 2. Registro fotográfico visitas). Se realizó solicitud de información del tipo de botiquín, reposiciones e inspecciones realizadas y desde la Gerencia de Talento Humano mediante memorando 2024IE4050 se manifestó lo siguiente: <i>“Durante las inspecciones realizadas en el mes de julio de 2023 a las instalaciones de los diferentes baños que hacen parte del convenio se encontró que hace falta la adquisición de algunos elementos para completar en su totalidad los elementos del botiquín tipo A, esto se ve reflejado en el formato de inspección de botiquines A-GDH-FT-061(archivos adjuntos en el link dispuesto para el cargue e evidencias) y se realiza la observación para que en el momento de negociar un nuevo convenio se soliciten los recursos necesarios para cubrir estas necesidades”,</i> confirmando así, lo observado por parte del equipo auditor.
Criterio: Resolución 705 de 2007 de la Secretaría Distrital de Salud.
Posibles causas: Debilidades en los puntos de control de mantenimiento de botiquines, no ejecución de las actividades de inspección de los botiquines
Posible consecuencias o riesgo asociados: Deficiencias para atender las emergencias que se puedan presentar en los baños públicos, así como posibilidad de observaciones y entes externos de vigilancia y control
Recomendación 2.
Documentar y ejecutar las actividades de inspección, reposición y mantenimiento de los botiquines.

Hallazgo 3.
Como resultado de las visitas realizadas a una muestra de baños públicos, se identificó inadecuado manejo de sustancias químicas en cuanto a falta de identificación, clasificación, almacenamiento y manipulación de químicos, observando debilidades en las operaciones de aseo, limpieza y desinfección de los baños públicos por parte de los operadores, lo cual denota falencias en la ejecución de los numerales 3,5,6,7 y 8 del MANUAL MANEJO DE SUSTANCIAS QUIMICAS A-GDH-MA-003 VR 4. lo que puede estar causado por desconocimiento o debilidades en la capacitación en manejo y/o manipulación de sustancias químicas, generando posibles riesgos asociados a accidentes y enfermedades laborales y observaciones por entes externos y control.
Detalle de la situación observada:
➤ Visita baños públicos portal del norte de Transmilenio: En los dos puntos se encontraron insumos de aseo, limpieza y desinfección sin identificación (etiquetas y/o rótulos), almacenados en espacios no adecuados como (escritorios, pisos, repisas, entre otros), no se tiene inventario de los insumos y no se tiene kit de derrames de acuerdo con la necesidad de los elementos almacenados, en el punto 2 uso inadecuado de EPPs (tapabocas). (ver detalle en el anexo 2. ➤ Visita baños públicos portal 80 Transmilenio:

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	11 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

En un punto del portal calle 80, se encontraron insumos de aseo, limpieza y desinfección sin identificación (etiquetas y/o rótulos), almacenados en espacios no adecuados como (Locker, armario y borde de ventana), no se tiene relación o inventario de los insumos y se almacenan, además, elementos que no tienen la condición o destinación en las labores de aseo o limpieza (maletas, ropa, termo con liquido de consumo humano) (ver detalle en el anexo 2. Registro fotográfico visitas). ➤ Visita baños públicos portal el dorado Transmilenio: En la visita realiza al baño portal del dorado, se evidencio productos de aseo, limpieza y desinfección, almacenados un armario no adecuado con elementos distintos a aseo como (maletas, ropa, zapatos, entre otros) No se observa relación o inventario de los insumos, y el armario y baño donde se guardan los insumos no cuenta con ningún tipo de seguridad. (ver detalle en el anexo 2. Registro fotográfico visitas). ➤ Visita baños públicos portal Ricaurte: En un punto del portal Ricaurte, se encontraron insumos de aseo, limpieza y desinfección, en depósito de una manera desorganizada, donde se evidencia riesgo de derrames de productos químicos de los cuales no se tiene inventario (ver detalle en el anexo 2. Registro fotográfico visitas).
Criterio: Manual Manejo de Sustancias Químicas A-GDH-MA-003 VR 4 Posibles causas: Desconocimiento o debilidades en la capacitación en manejo y/o manipulación de sustancias químicas Posible consecuencias o riesgo asociados: Posibles riesgos asociados a accidentes y enfermedades laborales y observaciones por entes externos y control.
Recomendación 3. Fortalecer actividades de capacitación, controles en cuanto al manejo y manipulación de sustancias químicas y socializar el manual manejo de sustancias químicas a todos los responsables de actividades de aseo, limpieza y desinfección.

Hallazgo 4. Resultado de las visitas realizadas a una muestra de puntos de baños públicos, no fue posible validar la planeación de actividades de mantenimiento preventivo para las baterías sanitarias, observando que no se diseñan y/o elaboran cronogramas de trabajo periódicos que permitan evidenciar la programación , ejecución y seguimiento de las actividades de mantenimiento, lo que denota falencias en los señalado en el anexo técnico cláusula cuarta numeral 11º obligaciones del IDIPRON, del Convenio 0407 de 2019 situación que puede estar causada por desconocimiento o falta de personal que pueda establecer y aplicar criterios de diagnóstico, priorización y programación de los mantenimientos, generándose así riesgos asociados a la afectación del servicio y eficiencia en el manejo de los recursos, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control. Detalle de la situación observada: ➤ Visita baños públicos portal del norte de Transmilenio: En entrevista con el contratista encargado de efectuar los mantenimientos a las baterías de los baños públicos, informa que no desarrollan las actividades de mantenimiento preventivo atendiendo algún cronograma de trabajo definido. ➤ Visita baños públicos portal 80 Transmilenio: En la visita con al baño del portal 80 el contratista encargado de efectuar los mantenimientos a las baterías de los baños señala que no desarrollan las actividades de mantenimiento preventivo atendiendo algún cronograma de trabajo definido. Se utiliza un mecanismo no formalizado de mensajes vía WhatsApp o en un grupo conformado por los encargados de administrar los baños públicos, para reportes de situaciones o reparaciones a realizar. En la visita se evidenciaron lavamanos, llaves de agua y secamanos fuera de funcionamiento, que según los encargados están en ese estado hace varias semanas sin mantenimiento. (ver detalle en el anexo 2. Registro fotográfico visitas). ➤ Visita baños públicos portal Ricaurte:

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	12 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

En entrevista con las colaboradoras de este punto, se indicó que no se han hecho mantenimientos desde hace más de un año ya que no se ha identificado la necesidad de realizarlos, sin embargo en el recorrido se lavamanos, llaves de agua y secamanos fuera de funcionamiento. (ver detalle en el anexo 2. Registro fotográfico visitas). Lo anterior denota falencias en la observancia se lo establecido en el anexo técnico cláusula cuarta numeral 11º obligaciones del IDIPRON, del convenio 0407 de 2019. Criterio: Anexo Técnico cláusula cuarta numeral 11º obligaciones del IDIPRON, del CONVENIO 0407 DE 2019 Posibles causas: desconocimiento o falta de personal que pueda establecer y aplicar criterios de diagnóstico, priorización y programación de los mantenimientos Posible consecuencias o riesgo asociados: riesgos asociados a la afectación del servicio y eficiencia en el manejo de los recursos, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control.
Recomendación 4. Diseñar e implementar un plan de mantenimiento preventivo para las baterías de los baños públicos, que permita evidenciar la atención de necesidades de mantenimiento a través de una adecuada programación, previniendo daños que al ser atendidos como mantenimiento correctivo pueden impactar la eficiencia el uso de los recursos y afectar la prestación del servicio.

Hallazgo 5. Solicitada la información de los elementos de protección personal que se deben utilizar en la ejecución de los convenios, se indicó por parte de SST que dichos elementos no están contemplados en el programa de EPP código A-GDH-DI-004 ni en la matriz de EPP A-GDH-DI-006 implementadas para las actividades propias de la entidad y que para el caso de los convenios dicha información estaba definida en los anexos técnicos de estos; revisados los anexos técnicos no se evidencio esta información, asimismo en las visitas realizadas se evidencio uso inadecuado y no utilización de los EPP entregados en la ejecución de actividades. Lo anterior denota falencias en el cumplimiento de la resolución 312 del 2019 en sus artículos 21 y 23 y en las condiciones pactadas en los convenios, lo que puede ser causado por desconocimiento o desatención del alcance del SG-SST, generándose así riesgos de accidentes, incidentes laborales, de incumplimiento normativo, así como posibles observaciones de los entes externos de vigilancia y control. Detalle de la situación observada: Solicitada la información de los elementos de protección personal que se deben utilizar en la ejecución de los convenios, se indicó por parte de SST <i>“Desde seguridad y salud en el trabajo se tiene establecido un programa de elementos de protección personal EPP código A-GDH-DI-004, así como una matriz de elementos de protección personal A-GDH-DI-006, implementada para las actividades propias de la entidad; en lo relacionado con los convenios interadministrativos suscritos por la Subdirección de Oportunidades en la negociación y el planteamiento del anexo técnico entre las entidades implicadas se definen los elementos de protección personal que se requieren para el desarrollo de las actividades propias del convenio así como la periodicidad o condiciones para cambio o suministro de los elementos, para ello los convenios cuentan con personal que realiza esta labor, en algunos casos cuentan con un SISO el cual asesora al convenio en estos temas.”</i> No obstante, efectuada la revisión de los anexos técnicos no especifican a detalle los elementos de protección personal que se requieren para el desarrollo de las actividades propias de cada convenio, ni la periodicidad o condiciones para cambio o suministro de los elementos, como se detalla a continuación: CONVENIO 2318 /2021 ANEXO TÉCNICO CONVENIO INTERADMINISTRATIVO, Numeral 4.3.3 Condiciones de Seguridad Social e Industrial:
4.3.3. CONDICIONES DE SEGURIDAD SOCIAL E INDUSTRIAL IDIPRON deberá cumplir con las disposiciones que sobre seguridad industrial haya expedido el Ministerio de Trabajo y tendrá especial cuidado en salvaguardar la integridad física de las personas vinculadas al Convenio Interadministrativo y del público en general. En tal sentido IDIPRON deberá cumplir con los siguientes aspectos: Suministrar dotación de prendas de seguridad y protección al personal que lo requiera. Para el caso el IDIPRON cumplirá con las exigencias de la Alcaldía Mayor de Bogotá.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	13 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

CONVENIO 407 /2019 ANEXO TÉCNICO CONVENIO INTERADMINISTRATIVO Numerales 9 y 14.

9. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

9.1.OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL IDIPRON

- Mantenimiento, conservación y administración de los baños públicos asociados al Sistema TransMilenio.
- Suministrar los insumos de limpieza y mantenimiento de los baños, así como la dotación necesaria para una correcta prestación del servicio.

14. SEGURIDAD INDUSTRIAL.

Página 5 de 6

PROCESO DE ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS
ANEXO TÉCNICO

CÓDIGO: R-DA-103

FECHA: Diciembre 2018

Será responsabilidad de IDIPRON, el diseño e implementación del Programa de Seguridad Industrial que aplicará durante la ejecución del convenio, de acuerdo con la legislación vigente, deberá tomar las precauciones necesarias para la seguridad del personal a su cargo o servicio al igual que los transeúntes de acuerdo con la reglamentación vigente en el país.

No se relacionan cuáles son los EPPS requeridos para la correcta prestación del servicio en los baños públicos, y referente al numeral 14, en cuanto al diseño e implementación del Programa se Seguridad Industrial, no se tiene registro de su aplicación.

CONVENIO 299 de 2023 ANEXO 1 “Especificaciones técnicas de los proyectos: 2009 respeta y conéctate con la naturaleza 2011 aprendamos para cuidar la naturaleza 2146 verde para barrios unidos 2073 reverdecer el urbanismo”. Numeral 14. ASPECTOS AMBIENTALES Y DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Seguridad y salud Laboral.

Todas las acciones y procedimientos del conveniente ejecutor en este aspecto deberán hacerse bajo estricto cumplimiento de la normatividad vigente. El conveniente ejecutor debe contemplar todas las acciones en materia de medicina, higiene, bioseguridad y seguridad industrial.

Dotación y elementos de protección personal

Entrega de equipo de protección personal que cumpla con las respectivas normas, constancia de capacitaciones, además tener un perfil socio demográfico de la población.

No se relacionan cuáles son los EPPS requeridos y no se registra ningún documento a consultar.

Por otra parte, durante las visitas realizadas se evidencio uso inadecuado y no utilización de los EPP entregados en la ejecución de actividades de los convenios. (ver detalle en el anexo 2. Registro fotográfico visitas).

Criterio: Resolución 312 del 2019. Numeral 4.3.3 CONVENIO 0407 DE 2019, Clausula Séptima Numeral 5o de convenio 2021-2318 (relacionado con su anexo técnico Numeral 4.3.3) y Documento Interno Elementos de protección personal – EPP COD. A-GDH-DI-004 Vr4.

Posibles causas: Desconocimiento o desatención del alcance del SG-SST.

Posible consecuencias o riesgo asociados: riesgos de accidentes, incidentes laborales, de incumplimiento normativo, así como posibles observaciones de los entes externos de vigilancia y control.

Recomendación 5.

Considerando que las actividades de los convenios interadministrativos suscritos son ejecutadas por contratistas del Instituto, es claro que están en el alcance del SG-SST. En este sentido se recomienda contemplar los EPP de los convenios en el programa y matriz, así como en las demás herramientas de control de EPP desde el sistema; también se sugiere articular desde el Sistema de Seguridad y Salud en el trabajo la definición de características de los elementos, entregas, seguimiento y control de uso adecuado de estos, de igual manera para los demás estándares aplicables a estas actividades.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	14 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Hallazgo 6.
En la revisión documental de expedientes de los convenios 2318/2024, 0407/2019, 1054/2024, EAAB No. 9-07-24100-1225-2023, FDLBU-CI-299-2023, convenio interadministrativo Fontibón No. 422 de 2023, no fue posible validar el cumplimiento de varias obligaciones generales y específicas, así mismo, se observaron bajos niveles de ejecución física en algunos de estos; lo cual denota debilidades en el cumplimiento de lo definido en el numeral 5.4. del Manual de Supervisión e interventoría código A-GCO-MA-001 y de las condiciones pactadas y anexos técnicos suscritos, situación que puede ser causada por desconocimiento o debilidades en los controles a cargo de la supervisión, generando así riesgos asociados al incumplimiento de obligaciones y eficiencia en el uso de los recursos y el logro de los objetivos de los convenios, así como observaciones de entes externos de control.
Detalle de la situación observada: ➤ Convenio No. IDIPRON 2318 DE 2021: Obligación No. 1: <i>“se compromete con el equipo mínimo de trabajo y con la formación académica y la experiencia exigida en el anexo técnico”</i>. Conforme a la información revisada y analizada se evidencia que no está dando cumplimiento al número establecido de 126 beneficiarios activos en el convenio. Obligación No. 3: <i>“presentar en un informe social bimestral a la supervisión del convenio interadministrativo, en donde se registren las acciones pedagógicas y las capacitaciones realizadas durante el periodo”</i>. No se identificó en el expediente evidencia documental del cumplimiento del informe bimensual del seguimiento, control y vigilancia de las acciones pedagógicas y las capacitaciones. Obligación No. 24: <i>“garantizar que, dentro del personal vinculado para el desarrollo del contrato, se contrate un 20% de mujeres para la ejecución contractual, de conformidad con lo establecido en la circular externa 4 de 2020 expedida por Colombia compra eficiente y decreto 332 de 2020, promoviendo la vinculación de un porcentaje mínimo de mujeres en condición de sujeto de especial protección constitucional.</i> Revisadas las resoluciones y demás soportes, no fue posible validar el cumplimiento del 20% de mujeres vinculadas en la ejecución contractual. Cláusula cuarta, numeral 2. aportes del IDIPRON. <i>“Ciento Noventa Millones Setecientos Cuarenta y Dos Mil Quinientos Pesos (\$190.742.500) M/CTE., que serán aportados en dinero, representados en refrigerios (...)”</i> En la revisión y análisis documental del Convenio 2318/2021, no se pudo validar el cumplimiento del aporte con la entrega de refrigerios, situación que fue confirmada en las visitas realizadas en las que los beneficiarios manifestaron que no se les estaban entregando refrigerios. ➤ Convenio No. IDIPRON 0407 DE 2019 obligación específica No. 7: <i>“Recaudar y controlar los recursos derivados del cobro por el uso de los baños, y presentar a Transmilenio s.a. los reportes que se requieran cuando así lo demande esa entidad”</i>. De conformidad con lo expuesto en el hallazgo 1 de este informe se identificaron falencias en los controles del recaudo. ➤ Convenio EAAB No. 9-07-24100-1225-2023: Cláusula Sexta. b) obligaciones específicas de las partes: a. obligaciones a cargo de IDIPRON: obligación No. 16. <i>“Realizar informes mensuales de actividades del presente convenio, en el que se discriminen los avances técnicos y financieros de ejecución, que contengan información relacionada con la ejecución financiera, contratos derivados, rendimientos financieros, balance de los recursos y cronograma físico todo lo cual deberá estar debidamente soportado documentalmente. Estos informes deberán contar con la aprobación del comité técnico”</i>. Revisada la evidencia documental aportada no se evidencia que se alleguen informes mensuales que acrediten el seguimiento, control y vigilancia del avance del proyecto (solo se allegaron informes de los meses (julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre de 2023 y enero de 2024); no reporta

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	15 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

suspensiones, como fecha de inicio registra del 27 de julio de 2023 y finalización el 26 de octubre de 2024.

Cláusula séptima. – Comité Técnico: Párrafo Primero: *“El Comité Técnico debe reunirse mínimo una vez al mes durante la ejecución del convenio, y de manera extraordinaria cuando cualquiera de los miembros lo requiera (...)”.*

En la documentación aportada se allegan únicamente 4 actas de comité (31 de julio de 2023, 31 de agosto de 2023, 4-10-2023 (fecha 31 de agosto de 2023) y 2 de noviembre de 2023) por lo que no se logró validar el cumplimiento de esta actividad con periodicidad mensual, dado que el convenio no reporta suspensiones, como fecha de inicio registra del 27 de julio de 2023 y finalización el 26 de octubre de 2024.

➤ FDLBU-CI-299-2023 BARRIOS UNIDOS- IDIPRON

Clausula Quinta – Obligaciones: 1.1 obligaciones generales del conveniente-(ejecutor)-Instituto Distrital Para La Protección De La Niñez Y La Juventud – IDIPRON (ejecutor):
“(…)

8. Vincular y mantener mínimo el 50% (Según los porcentajes que establece el artículo 3 del Decreto Distrital 332 de 2020, de acuerdo a las ramas de la actividad económica del contrato/convenio y las fechas para su aplicación) de mujeres para la ejecución del contrato o convenio, garantizando que la vinculación se realice con plena observancia de las normas laborales o contractuales aplicables, dando prioridad a mujeres víctimas del conflicto armado, con alguna discapacidad, jefa de hogar u otra condición especial.

9. Presentar de manera bimensual certificación suscrita por el Representante Legal y el Revisor Fiscal (Si Aplica), mediante la cual manifieste bajo la gravedad de juramento que mantiene vinculadas para la ejecución del contrato o convenio el 50% (Según los porcentajes que establece el artículo 3 del Decreto Distrital 332 de 2020, de acuerdo a las ramas de la actividad económica del contrato/convenio y las fechas para su aplicación) de mujeres, adjuntando el listado de mujeres vinculadas y la planilla pago de seguridad social de las mismas. El listado presentado deberá discriminar que mujeres de las vinculadas son víctimas del conflicto armado, con alguna discapacidad, jefa de hogar o con otra condición especial.

10. Realizar el registro de las mujeres que sean contratadas en cumplimiento del presente convenio, en la plataforma de información de la Agencia Pública de Empleo del Distrito “Bogotá Trabaja.”

En la documentación aportada en el expediente del convenio, no se allegan evidencias que permitan evidenciar el cumplimiento de las obligaciones generales antes trascritas. Faltando así, soportes que permitan concluir que desde el seguimiento, control y vigilancia de la supervisión se verifico el cumplimiento de las obligaciones generales 8,9 y 10.

Clausula Quinta – obligaciones: obligaciones específicas conveniente-(ejecutor)-instituto distrital para la protección de la niñez y la juventud -IDIPRON:
“(…)

10. Desarrollar 50 acciones de fomento y fortalecimiento a la agricultura urbana en Barrios Unidos según la metodología y procedimiento establecidos en este estudio previo y/o Anexo No. 1. Especificaciones Técnicas del contrato.
“(…)

16. Intervenir 750 m2 en acciones de jardinería y coberturas verdes en las zonas destinadas en la localidad de Barrios Unidos que se contemplan en el Anexo No.1 ESPECIFICACIONES TECNICAS.

17. Mantener 2.000 árboles urbanos que se contemplan en el Anexo No.1 ESPECIFICACIONES TECNICAS.

18. Implementar 50 acciones de fomento para la agricultura urbana que se contemplan en el Anexo No.1 ESPECIFICACIONES TECNICAS.

19. Presentar los informes mensuales de ejecución técnica y financiera tal como lo mencionan los numerales 2.3.5, 2.35.1, 2.3.5.2, 2.3.5.3.”

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	16 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

En el expediente revisado, no se allegan soportes que permitan evidenciar el cumplimiento de las obligaciones específicas antes trascritas, así como tampoco soportes que permitan concluir que desde el seguimiento, control y vigilancia de la supervisión, se verifico el cumplimiento de las obligaciones específicas números 10, 16,17,18 y 19.

➤ CONVENIO No. 422 DE 2023 FONTIBÓN- IDIPRON.

Clausula Cuarta: obligaciones generales del convenio:

“12. Elaborar los informes mensuales y el informe final con los avances y logros obtenidos en la ejecución del convenio, de conformidad con los requerimientos establecidos por el Fondo de Desarrollo Local de Fontibón”

En la documentación aportada en el expediente no se pudo validar el cumplimiento de la obligación referenciada.

Lo anterior, denota debilidades en lo establecido en el Manual de Supervisión e interventoría código A-GCO-MA-001, numeral 5.4 Supervisión de los Contratos o Convenios Interadministrativos, teniendo presente además que en el objeto este manual informa: *“El objetivo del presente Manual es señalar y definir los procedimientos y trámites necesarios para el correcto ejercicio de la función de supervisión y la actividad de interventoría de los contratos y convenios suscritos por el IDIPRON, actividades necesarias para el cumplimiento de los objetivos misionales.”*

Criterio: Manual de supervisión A-GCO-MA-001, minutas y anexos técnicos de los convenios 2318/2024, 0407/2019, 1054/2024, EAAB No. 9-07-24100-1225-2023, FDLBU-CI-299-2023, convenio interadministrativo Fontibón No. 422 de 2023.

Posibles causas: desconocimiento o debilidades en los controles a cargo de la supervisión.

Posible consecuencias o riesgo asociados: riesgos asociados al incumplimiento de obligaciones y eficiencia en el uso de los recursos y el logro de los objetivos de los convenios, así como observaciones de entes externos de control.

Recomendación 6.

Fortalecer los controles a cargo de la supervisión; implementar acciones para garantizar el cumplimiento del Manual de supervisión A-GCO-MA-001.

Hallazgo 7.

En recorrido de observación realizado en las visitas a actividades del Convenio Interadministrativo No. 2318 de 2021, se evidencio la realización de actividades sin EPP y actividades en alturas sin medidas de prevención, protección, sin que los jóvenes contaran con capacitación ni certificado de competencia laboral para trabajo en alturas. Lo anterior, indica debilidades en el cumplimiento de lo establecido en los artículos 7,9,22 y 61 de la Resolución 4272 de 2021 del Ministerio del Trabajo y de lo establecido en el anexo técnico del convenio; lo que puede estar causado por desconocimiento o desatención de la normatividad y lineamientos internos de trabajo en alturas, generando riesgos asociados a caídas, incidentes o accidentes laborales, así como posibilidad de observaciones de entes externos de vigilancia y control.

Detalle de la situación observada:

Durante visitas y recorrido de observación a las actividades ejecutadas en el Convenio Interadministrativo No. 2318 de 2021, suscrito con la Secretaria Distrital de Movilidad, se evidencio la realización de actividades sin EPP y actividades en alturas; en los puntos visitados se observaron jóvenes que realizan actividades de pintura sin tapabocas, lijado de señales sin monogafas, que usan escaleras de más de 2mts de altura para limpieza de señales de tránsito, y se observaron acciones inseguras (uso de escaleras ubicadas sin puntos de apoyo requeridos para la estabilidad) en vías pública, sin que se pudieran identificar las medidas de prevención, ni protección; al indagar sobre la capacitación o entrenamiento de los jóvenes para el trabajo en alturas se indicó que ninguno había recibido o contaba con certificación. (ver detalle en el anexo 2. Registro fotográfico visitas).

Lo anterior, indica debilidades en el cumplimiento de lo establecido en los artículos 7,9,22 y 61 de la Resolución 4272 de 2021 del Ministerio del Trabajo.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	17 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Criterio: Resolución 4272 de 2021 del Ministerio del Trabajo
Posibles causas: desconocimiento o desatención de la normatividad y lineamientos internos de trabajo en alturas.
Posible consecuencias o riesgo asociados: generando riesgos asociados a caídas, incidentes o accidentes laborales, así como posibilidad de observaciones de entes externos de vigilancia y control
Recomendación 7.
Implementar medidas de prevención, protección, capacitación y puntos de control para las actividades ejecutadas en alturas.

Hallazgo 8.	
Como resultado de revisión de una muestra de resoluciones de concesión de estímulo de corresponsabilidad, se detectó que para las resoluciones 028 y 320 de 2024, los certificados de disponibilidad presupuestal fueron emitidos con fecha posterior al inicio de las actividades. Lo cual denota fallas en el cumplimiento de lo establecido en la actividad 10 del procedimiento CONCESIÓN DE ESTÍMULOS DE CORRESPONSABILIDAD M-DAL-PR-006 y lo definido en el artículo 52 del decreto 714 de 1996. Situación que pudo presentarse por desconocimiento y/o desatención de los lineamientos internos o debilidad en los controles. Lo anterior puede generar riesgos asociados a la ejecución de actividades sin el previo respaldo presupuestal y generar posibilidad de observaciones de entes externos de control	
Detalle de la situación observada:	
Revisada la evidencia documental aportada se puede observar que la Resolución No. 028 de 2024 <i>“por la cual se concede el estímulo de corresponsabilidad a los jóvenes que hacen parte del proyecto de inversión 7726 Desarrollo capacidades y ampliación de oportunidades de jóvenes para la inclusión social y productiva Bogotá”</i> de fecha 24 de Enero de 2024; ordena el reconocimiento del estímulo de corresponsabilidad a los jóvenes vinculados al Convenio Interadministrativo No. 2318 de 2021, suscrito con la Secretaria Distrital de Movilidad, para el periodo comprendido entre el 17 al 31 de Diciembre de 2023, el cual se hizo con cargo al rubro presupuestal 023011601170000007726 desarrollo de capacidades y ampliación de oportunidades de jóvenes para su inclusión social y productiva Bogotá- Prestaciones de asistencia social con el certificado de Disponibilidad presupuestal número 124, con fecha de expedición 19 de Enero de 2024, es decir con fecha posterior al 17 de diciembre fecha de inicio de las actividades. Situación que también se presenta en la resolución No. 320 de 2024 <i>“por la cual se concede el estímulo de corresponsabilidad a los jóvenes que hacen parte del proyecto de inversión 7726- Desarrollo capacidades y ampliación de oportunidades de jóvenes para la inclusión social y productiva Bogotá en el marco del convenio interadministrativo No. 1050 de 2024”</i> de fecha 13 de Junio de 2024; donde se concede y ordena el reconocimiento del estímulo de corresponsabilidad a los jóvenes vinculados al convenio No. 1050 de 2024, suscrito con TRANSMILENIO S.A., para el periodo comprendido entre el 10 al 31 de Mayo de 2024, el cual se hizo con cargo al rubro presupuestal 023011601170000007726 desarrollo de capacidades y ampliación de oportunidades de jóvenes para su inclusión social y productiva Bogotá, con el certificado de Disponibilidad presupuestal número 3001, con fecha de expedición 22 de Mayo de 2024, fecha posterior al inicio de actividades que según registra la resolución fue el 10 de mayo de 2024. Adicionalmente se observó que el Certificado de Disponibilidad presupuestal Numero 124 de fecha 19 de enero de 2024, la cual ampara la resolución número 028 de 2024 tiene afectación a recursos de la vigencia 2024 y el convenio asociado corresponde a la vigencia 2021, con actividades de vigencia 2023; lo que puede generar inconsistencias en la ejecución presupuestal, lo que podría llevar a inconsistencias y dificultar la correcta revelación de la ejecución de los recursos para el año fiscal en curso. Lo anterior, denota debilidades en lo establecido en el decreto 714 de 1996, Artículo 52: <i>“De las Disponibilidades Presupuestales. Todos los actos administrativos que afecten las apropiaciones presupuestales deberán contar con certificados de disponibilidad previos que garanticen la existencia de apropiación suficiente para atender estos gastos”</i>; Situación que pudo presentarse por desconocimiento y/o desatención en la normatividad y en los manuales y procedimientos establecidos por la entidad.” <tr><td>Criterio: Decreto 714 de 1996 “Por el cual se compilan el Acuerdo 24 de 1995 y Acuerdo 20 de 1996 que conforman el Estatuto Orgánico del Presupuesto Distrital” Artículo 52- De las</td></tr>	Criterio: Decreto 714 de 1996 “Por el cual se compilan el Acuerdo 24 de 1995 y Acuerdo 20 de 1996 que conforman el Estatuto Orgánico del Presupuesto Distrital” Artículo 52- De las
Criterio: Decreto 714 de 1996 “Por el cual se compilan el Acuerdo 24 de 1995 y Acuerdo 20 de 1996 que conforman el Estatuto Orgánico del Presupuesto Distrital” Artículo 52- De las	

disponibilidades presupuestales. PROCEDIMIENTO CONCESIÓN DE ESTÍMULOS DE CORRESPONSABILIDAD M-DAL-PR-006

Posibles causas: desconocimiento y/o desatención de los lineamientos internos o debilidad en los controles.

Posible consecuencias o riesgo asociados: riesgos de ejecución de actividades sin el previo respaldo presupuestal, incumplimiento normativo, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control.

Recomendación 8

Fortalecer los puntos de control, el reconocimiento y aplicación de los lineamientos internos y normatividad aplicable a la expedición de certificados de disponibilidad presupuestal.

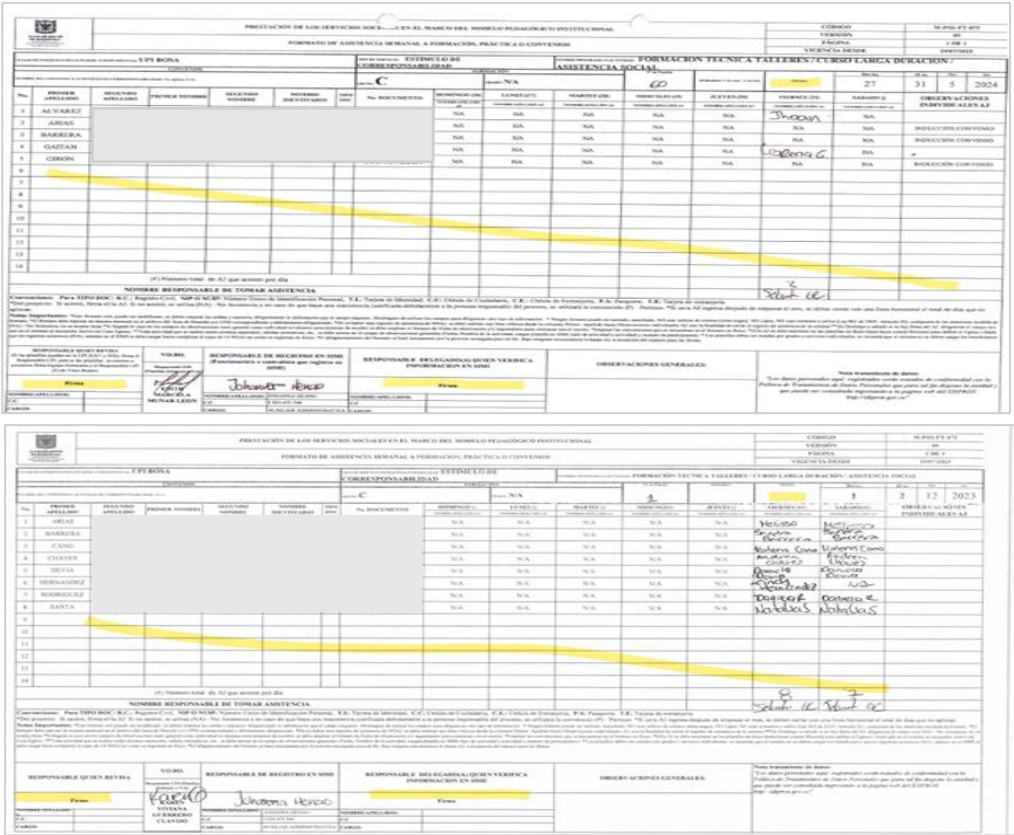
Hallazgo 9.

Realizada la verificación a las planillas de asistencia a actividades de estímulo de corresponsabilidad en modalidad 4x2, se detectaron planillas de asistencia física sin diligenciamiento completo, sin número consecutivo, sin firmas de los responsables de quien revisa y de quien verifica información en SIMI planillas sin cerrar, asimismo se identificaron casos de planillas de asistencia en el sistema SIMI que registran fecha de registro que no cumple con los plazos definidos, situaciones que indican debilidades en el cumplimiento de lo establecido en el Instructivo DILIGENCIAMIENTO DE PLANILLAS DE ASISTENCIA, ENTREGA, ARCHIVO M-PSS-IN-007, en los numerales 3.2 - 3.2.1 - 3.2.2 – 3.3- 3.3.1 – 3.3.8 – 3.3.9.a -3.3.11. Lo anterior pudo presentarse por debilidad en los controles, desconocimiento y/o desatención de los lineamientos internos; generando riesgos asociados al inadecuado control y registro de la asistencia del AJ y posibilidades de observaciones de entes externos de control.

Detalle de la situación observada:

De acuerdo con la revisión realizada a las planillas de asistencia de los AJ y cotejada con la información reportada en el sistema de información SIMI, se evidencio:

- Planillas sin firmas de los responsables de revisar y verificar información en SIMI, por otra parte, se observa el campo de numero de planilla sin diligenciar y no están inhabilitadas las casillas que no fueron diligenciadas, tal como se puede observar en las siguientes imágenes de referencia:



	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	20 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Recomendación 9.
Implementar supervisión de controles de correcto diligenciamiento de planillas y calidad de datos, para asegurar integridad y coherencia de la información registrada en el sistema y en las planillas físicas.

Hallazgo 10.
Realizada la prueba de recorrido en revisión documental de las minutas de los convenios LOCALIDAD DE FONTIBON 422- 2023, FDLBU-CI-299-2023 Y TRANSMILENIO 1050-2024, no fue posible validar la inclusión de <i>“la obligación de Realizar Comité técnico o de supervisión al inicio de cada convenio para presentar y aprobar las hojas de vida del personal administrativo o de campo para contratación según lo pactado en la minuta del convenio, estudios previos/ y o anexos técnicos”</i> , situación que denota fallas en el cumplimiento de la condición general 7 del PROCEDIMIENTO GESTIÓN, ESTRUCTURA Y DESARROLLO DE CONVENIOS M-PSS-PR-001; Lo anterior puede presentarse por desconocimiento y/o desatención de los lineamientos internos establecidos, de lo que se pueden generar riesgos asociados a fallas en el análisis de las condiciones de estudios previos y anexo técnico, así como en la aprobación de hojas de vida.
Detalle de la situación observada:
Como resultado de la prueba de recorrido del PROCEDIMIENTO GESTIÓN, ESTRUCTURA Y DESARROLLO DE CONVENIOS M-PSS-PR-001, Versión 1, del 28/04/2023. Que señala la condición número 7 <i>“Se debe incluir en la minuta de cada convenio interadministrativo firmado por el IDIPRON la obligación de Realizar Comité técnico o de supervisión al inicio de cada convenio para presentar y aprobar las hojas de vida del personal administrativo o de campo para contratación según lo pactado en la minuta del convenio, estudios previos/ y o anexos técnicos”</i>
Se realizó verificación documental de los expedientes de los contratos y revisadas las minutas de los convenios suscritos en fechas en las que se encontraba vigente el procedimiento enunciado, no se pudo validar el cumplimiento de esta condición en los siguientes convenios:
➤ CONVENIO LOCALIDAD DE FONTIBON 422- 2023 ➤ FDLBU-CI-299-2023 BARRIOS UNIDOS- IDIPRON ➤ CONVENIO 1050-2024 TRANSMILENIO -IDIPRON
Por otra parte, para el caso del Convenio EAAB No. 9-07-24100-1225-2023, si se pudo validar el cumplimiento a la condición número 7.
Criterio: Procedimiento Gestión, Estructura y Desarrollo de Convenios M-PSS-PR-001, versión 1
Posibles causas: Situación que puede presentarse por desconocimiento y/o desatención de los lineamientos internos establecidos.
Posible consecuencias o riesgo asociados: riesgos asociados a fallas en el análisis de las condiciones de estudios previos y anexo técnico, así como en la aprobación de hojas de vida.
Recomendación 10
Robustecer los controles y la socialización de los lineamientos vigentes para la estructuración, suscripción y seguimiento a convenios.

Hallazgo 11.
Como resultado de la prueba de recorrido de evaluación del diseño de los documentos del proceso Prestación de Servicios Sociales, se observaron debilidades en cuanto al diseño de los procedimientos y sus controles, específicamente en la clasificación, descripción, diagramación de las actividades y atributos de puntos de control, así mismo, se evidencio desactualización de la información y estructura documental (<i>tipo de documentos que la conforman</i>), lo que denota fallas en el cumplimiento lo establecido en el MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS S-SMG-MA-002 VR 12, numerales 6, 7, 11.2, 11.4 y 11.5. Situación que pudo presentarse por desconocimiento y/o desatención de los lineamientos internos para la elaboración de documentos en el instituto. Lo anterior puede generar riesgos por fallas en la operatividad, secuencia de actividades y controles, pudiendo impactar negativamente los resultados esperados del proceso.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	21 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Detalle de la situación observada:

Como resultado de la prueba de recorrido de evaluación del diseño de los documentos del proceso Prestación de Servicios Sociales, se observaron debilidades en cuanto al diseño de los procedimientos y sus controles, efectuada a los documentos:

1. Procedimiento de Gestión, Estructura y Desarrollo de Convenios A-GDH-PR-001 VR 08
2. Protocolo de Activación de Póliza en Caso de Accidente en Actividades de Corresponsabilidad Modalidad Estímulo M-PSS-IN-005
3. Procedimiento Permanencia en Actividades de Corresponsabilidad Modalidad M-DAL-PR-012
4. Procedimiento Trámite para Acuerdos de Corresponsabilidad M-DAL-PR-007
5. Procedimiento Postulación y Vinculación a Actividades de Corresponsabilidad M-DAL-PR-008
6. Procedimiento Convenios de Formación Técnica M-DAL-PR-003
7. Procedimiento Concesión de Estímulos de Corresponsabilidad M-DAL-PR-006

Se identificó una inadecuada clasificación, diagramación de las actividades, descripción en puntos de control, lo que denota fallas en el cumplimiento de lo establecido en el MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS S-SMG-MA-002 VR 12, numerales 3, 11.2, 11.4 y 11.5.

En revisión de la plataforma documental del proceso misional Prestación de Servicios Sociales, se observa que se tiene (1) caracterización, (1) manual, (1) procedimiento, (43) Instructivos y (10) Documentos Internos, encontrando que los instructivos y documentos internos no se encuentran relacionados en ningún documento de mayor jerarquía, desatendiendo lo estipulado en el manual para elaborar documentos, numeral 6.1. *“Estructura Documental, y 7. TIPOS DE DOCUMENTOS “... se debe asegurar que los documentos que forman parte del SIGID se encuentran vinculados y/o específicamente relacionados en los documentos que se encuentran por encima en la jerarquía documental que se relaciona en el numeral 6.1”.*

Ver Anexo 1. “Prueba de recorrido diseño documental”.

Criterio: MANUAL PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS S-SMG-MA-002 VR 12, numerales 3, 6.1, 7, 11.2, 11.4 y 11.5.

Posibles causas: desconocimiento y/o desatención de los lineamientos internos para la elaboración de documentos en el instituto.

Posible consecuencias o riesgo asociados: riesgos por fallas en la operatividad, secuencia de actividades y controles, pudiendo impactar negativamente los resultados esperados del proceso.

Recomendación 11

Realizar la revisión y actualización de los documentos del proceso, fortaleciendo el diseño de controles y dando cumplimiento a los lineamientos internos para la elaboración de documentos.

Hallazgo 12.

Realizada la evaluación del sistema de información SIMI Versión 2.0 (Sistema Misional), se detectó que la conexión del sitio <http://200.69.101.188:12348/login> se encuentra expuesto a ataques porque no cuenta con un protocolo HTTPS que pueda encriptar y/o cifrar (SSL o TSL (Certificados)) las conexiones entre el navegador y el servidor antes de transferir los datos, también se evidenciaron debilidades en la seguridad de la información. Lo que denota fallas en la observancia de lo establecido en los artículos 3, 6 y 13 de la Resolución No. 500 de 2021 del MINTIC. Situación que puede estar causada por desconocimiento y/o estar relacionada con las demoras y bajo nivel de implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la información - MSPI; Generándose riesgos asociados a debilidades en la seguridad y privacidad de información que contiene datos reservados y sensibles, así como posibilidad de ataques o exposición accidental de la misma.

Detalle de la situación observada:

Realizada la verificación de seguridad del sistema de información SIMI Versión 2.0 (Sistema Misional), se detectó que la conexión del sitio <http://200.69.101.188:12348/login> no es segura. Este sitio puede estar expuesto a ataques de interceptación, podrían llegar hacer uso inadecuado o abusivo de la información sensible que se registra en los módulos de Territorio y Acciones, correspondiente a fichas de ingresos, documentación de beneficiarios, actas de encuentros y acciones individuales o grupales.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	22 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Lo anterior dado que, el sitio web presenta vulnerabilidades en la seguridad y privacidad de la información al no contar con un protocolo HTTPS que pueda encriptar y/o cifrar (SSL o TSL (Certificados)) las conexiones entre el navegador y el servidor antes de transferir los datos; el aplicativo no cuenta con Log de Auditorías, que permitan ver la trazabilidad de transacciones realizadas por funcionarios y/o contratistas.

Ahora bien, al desarrollar la verificación del componente de seguridad de la información prueba de auditoría en la que se evaluó: controles de acceso, mecanismos de autenticación digital (Usuarios/Contraseñas), perfiles de usuarios, administración de contraseña segura, interfaces, entrada de datos, controles de validación y manipulación de datos, seguridad de módulos, funcionamiento adecuado del servidor donde se encuentran la bases de datos de los aplicativos, reportes estadísticos; evidenciando lo siguiente:

- No hay un manual de usuario actualizado del SIMI Versión 2.
- No hay doble factor de autenticación digital para el ingreso por contraseña segura al aplicativo.
- El sistema no tiene un log de registros de auditoría, por tanto, las operaciones realizadas por el administrador y los usuarios funcionales no quedan registradas.
- El aplicativo no permite reversiones de transacciones o anulaciones, esto solo se permite en la base de datos, la cual se opera por parte del administrador del aplicativo.
- Se observan funcionalidades en operación parcial a nivel de usuario, frente al procesamiento, salida y reporte de datos.
- Se identifica que la conexión con este sitio 200.69.101.188.12348 no es segura , el sitio no usa una conexión privada, es posible que otros usuarios puedan ver y cambiar información que envíes y recibas del sitio.
- El aplicativo no cuenta con validaciones establecidas para la detección de errores.
- El aplicativo no registra un control del número de estaciones con acceso al aplicativo.

Criterio: Resolución número 500 marzo 10 de 2021 - MINTIC “Por la cual se establecen los lineamientos y estándares para la estrategia de seguridad digital y se adopta el modelo de seguridad y privacidad como habilitador de las políticas de Gobierno Digital”

Posibles causas: desconocimiento y/o estar relacionada con las demoras y bajo nivel de implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la información – MSPI.

Posible consecuencias o riesgo asociados: Generándose riesgos asociados a debilidades en la seguridad y privacidad de información que contiene datos reservados y sensibles, así como posibilidad de ataques o exposición accidental de la misma.

Recomendación 12

Priorizar la utilización de un protocolo seguro de transferencia de hipertexto (HTTPS) y establecen una conexión segura y cifrada antes de transferir datos para garantizar la seguridad y privacidad de la información del SIMI. Ejecutar actividades e implementar controles que permitan superar las debilidades de seguridad detectadas.

Hallazgo 13.

Realizada la verificación funcional del sistema de información SIMI Versión 2.0 (Sistema Misional), se identificó que registra información (entradas) y no genera (salidas), dado que no cuenta con ningún tipo de reportes o informes que pueda generar para acceder y utilizar los usuarios funcionales, lo que denota debilidades en el cumplimiento de los principios definidos en el artículo No. 3 de la Resolución 460 de 2022 del MINTIC, asimismo para lo establecido en el lineamiento 13.1 del sistema de control interno. Lo anterior puede estar causado por desconocimiento y/o desatención de las necesidades de los usuarios funcionales del sistema; lo que genera riesgos asociados a fallas en la generación, acceso, intercambio y reutilización de datos, así como posibilidades de manipulación de información.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	23 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Detalle de la situación observada:

Realizada la validación funcional del sistema SIMI, de acuerdo con la ejecución de actividades realizadas en el sistema para la gestión, administración y supervisión de las actividades correspondientes a registro de fichas de ingresos, documentación de beneficiarios, actas de encuentros y acciones individuales o grupales, reportes e informes, se detectó lo siguiente:

- No hay migración de datos de SIMI 1 y SIMI 2, dado que en el SIMI 1 están los datos (Salud, socio legal y SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje)) hasta el 31 de octubre del 2023.
- EL módulo de reportes no está funcional desde el 2020, fecha que entró a producción la versión 2 del Sistema.
- No hay reportes históricos.
- No hay reportes consolidados.
- El sistema no cuenta con un generador de reportes parametrizados y/ o parametrizables que estos estén dispuestos para atender los requerimientos de datos de los usuarios funcionales.
- No se puede evaluar el egreso consolidado, dado que no se puede acceder a este reporte.
- El SIMI permite realizar algunas consultas internas, pero estas no se pueden exportar en un formato que permita la reutilización de los datos.
- Se observa que el aplicativo SIMI 1 no es interoperable con el aplicativo SIMI 2 (No tiene intercambios de información).
- Se puede únicamente acceder desde el backend (procesos internos (código)) y consultar a la base de datos y generar tablas por SQL, más no se puede acceder desde el frontend (accesos usuarios) del sistema.
- Se informó que no se puede modificar, eliminar (inactivación) o insertar tablas dentro de la base de datos.

De lo anterior y considerando que el Sistema SIMI 2, es el que soporta la infraestructura de datos de la misionalidad del Instituto y fuente oficial de esta información, se tiene que el sistema tiene entradas, pero no tiene salidas, lo que denota debilidades en la observancia del lineamiento 13.1 del componente Información y Comunicación del Sistema de Control Interno, que indica *“La entidad ha diseñado sistemas de información para capturar y procesar datos y transformarlos en información para alcanzar los requerimientos de información definidos”*, subrayas fuera del texto.

Asimismo, no se está atendiendo los principios establecidos en el artículo 3 de la Resolución 460 de 2022 del MINTIC, principalmente los siguientes:

“3.2 Confianza pública y gestión ética de los datos: La calidad de los datos que integran la infraestructura de datos del Estado, y su modelo de Gobernanza deben propender por la creación de un escenario de confianza para la generación, acceso, intercambio y reutilización de datos (...)

“3.3 Estandarización e interoperabilidad: La infraestructura de datos del Estado debe operar bajo criterios de estandarización a través de todo su ciclo de gestión. Así, la estandarización debe aplicarse sobre los datos en sí mismos y en los metadatos. La aplicación de este principio debe caracterizarse por una baja dependencia de esquemas complejos, facilitando la interoperabilidad y el lenguaje común de intercambio entre sistemas de información (...)

“3.4 Fácil búsqueda, accesibilidad: interoperabilidad y reutilización: Los datos que integran la infraestructura de datos del Estado se deben caracterizar por ser accesibles, interoperables, reusables y de fácil búsqueda. Estos deben ser de fácil búsqueda y acceso, interoperables y dispuestos para su reutilización...”

Criterio: Resolución 460 de 2022 del MINTIC. Lineamientos del componente Información y Comunicación del Sistema de Control Interno.

Posibles causas: Lo anterior puede estar causado por desconocimiento y/o desatención de las necesidades de los usuarios funcionales del sistema.

Posible consecuencias o riesgo asociados: riesgos asociados a fallas en la generación, acceso, intercambio y reutilización de datos, así como posibilidades de manipulación de información.

Recomendación 13.

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Unitario para la Protección de la Niñez y la Juventud	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	24 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Implementar las funcionalidades que permitan la generación, acceso, intercambio y reutilización de datos, directamente desde el frontend, desarrollar y poner en operación un generador de reportes parametrizados y/ o parametrizables que estos estén dispuestos para atender los requerimientos de datos de los usuarios funcionales.

Hallazgo 14.
Realizada la evaluación de los indicadores del proceso, se detectaron diferencias y debilidades en los datos de medición reportados de los indicadores IN-GES-PSS-001, IN-GES-PSS-005, IN-PEI-PSS-003, no son exactos al cotejarlos con las evidencias, estas a su vez no son verificables desde la fuente de información oficial SIMI, porque no se permite la trazabilidad de la información consolidada, acceso a los datos originales utilizados en el cálculo, evidenciando así falencias en el cumplimiento de lo establecido en los Numerales 8.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, 9.8 y 10.1 del MANUAL PARA LA FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES S-SMG-MA-006; Situación que puede estar causada por desconocimiento y/o debilidades en la fuente de información dado el procesamiento de datos que se realiza con posterioridad a la generación de reportes desde la base de datos del SIMI. Generando riesgos de toma de decisiones erradas, pérdida de credibilidad frente a la gestión y cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control. Detalle de la situación observada: - Indicador de gestión IN-GES-PSS-001 “Medir el porcentaje de NNAJ que aceptan la oferta de servicio del IDIPRON” define como fuente de información el SIMI, sin embargo, al no contar con la posibilidad de realizar consultas agregadas, generar reportes ni consolidar datos, se realizó la verificación desde los archivos Excel aportados como evidencia. Los cuales están conformados en cada período por una hoja con datos base y una con tabla dinámica a partir de la cual se calculan los valores del indicador. Al aplicar los filtros correspondientes a los criterios de numerador y denominador, se encuentran diferencias con los valores reportados en la ficha de seguimiento así: para la vigencia 2023 primer semestre: $828/1542=54\%$ (cálculo realizado por la OCI) vs $828/115672\%$(registrado en hoja de vida)= y para el segundo semestre $138/1435=10\%$ (cálculo realizado por la OCI) vs $786/1435=55\%$(registrado en hoja de vida). Se realizan consultas aleatorias de documentos de identidad contenidos en la base de datos suministrada con la dificultad para validar información desde el SIMI; se encuentran casos de fichas de ingreso con fechas anteriores al acta de encuentro, las cuales pueden ser incluso de vigencias anteriores; tampoco se encuentra en varios casos correspondencia entre la fecha del ingreso y la autorización de datos, dada la estructura de consulta datos del sistema y la ausencia de funcionalidades de reporte, resulta dispendioso y en algunos casos imposible (beneficiarios egresados y sin historial de seguimientos individuales) contar con la trazabilidad de las asistencias que se contabilizaron para la aplicación del criterio de medición del indicador; se observan conteos de hasta 26 asistencias en beneficiarios reportados con SI en el criterio de ingreso a UPI (Unidades de Protección Integral) (Unidades de Protección Integral) durante el primer semestre y hasta 95 asistencias para NO ingreso, lo cual genera dudas sobre la consistencia del parámetro para el conteo pues podría tratarse de acumulaciones de otros períodos que alterarían el sentido del indicador. Según acta del 9/09/2023 que se aporta como evidencia de justificación de limitante del indicador se concluye que “es importante que para el siguiente control los ingresos a unidad sean validados por SIMI para garantizar que cuenten con las 5 asistencias”, confirmando así, las fallas en la fuente de información establecida para la medición del indicador. - En la verificación del indicador de gestión 2023 IN-GES-PSS-005 "Verificar y seguir el cumplimiento de criterios de permanencia en Actividades de Corresponsabilidad" se concluye falta de claridad e inconsistencias en la información aportada como evidencia. Aunque la ficha del indicador establece el SIMI como fuente de información, este no genera reportes y los archivos Excel aportados, tienen hojas de datos y tablas dinámicas resultantes de procesamiento posterior a la generación de información desde la base de

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	25 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

datos, con anotaciones referentes a los criterios de filtro aplicados; pero no se puede determinar cómo se consolidaron los cálculos realizados al medir el indicador reportada en los diferentes periodos; la estructura de la fórmula del indicador no detalla claramente todas las variables, ni su relacionamiento imposibilitando el cálculo de este, lo cual no atiende lo indicado en los numeral 8.2 y 9.3 del “MANUAL PARA LA FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES”.

Ahora bien, analizado el denominador del indicador lo define el "Número de jóvenes vinculados a Actividades de Corresponsabilidad" Se realiza el conteo sin duplicados en la hoja de datos de la evidencia, identificando en tres períodos amplias diferencias con el dato reportado en la ficha de seguimiento del indicador marzo 2023: 1048(cálculo realizado por la OCI) vs 431(registrado en hoja de vida), junio 2023: 9 (cálculo realizado por la OCI) vs 1140(registrado en hoja de vida) y diciembre 2023: 998(cálculo realizado por la OCI) vs 1456(registrado en hoja de vida). En efecto se detectaron diferencias de criterio en la conformación de la hoja de datos base de medición para cada uno de los períodos, razón por la cual los filtros aplicados y cálculos realizados no aportan certeza en la medición del indicador. No se cuenta con elementos suficientes para verificar la medición del numerador de la fórmula del indicador definido como "Número de jóvenes que cumplen con los criterios de permanencia en Actividades de Corresponsabilidad", dado que los parámetros para el seguimiento y finalización definidos en las condiciones generales del procedimiento M-DAL-PR-012 “Permanencia en actividades de corresponsabilidad modalidad estímulo” V05 4/10/2022, así como aquellos que se deriven de los términos de los convenios a partir de los cuales se ejecutan acciones de corresponsabilidad modalidad CPS, no se incluyen de manera íntegra ni permanente en los criterios de conformación de la hoja de datos base para la medición aportada como evidencia en los diferentes períodos; aun cuando en la descripción del indicador se enuncian solo tres criterios para la medición, ellos no corresponden a lo definido en la fórmula y tampoco es homogéneo el criterio para la generación de tablas dinámicas y la realización de cálculos en los archivos Excel aportados para lo que debería ser la consolidación del dato de medición reportado en la ficha de seguimiento.

Para la vigencia 2024, el indicador de gestión IN-GES-PSS-005 cambió su denominación a "Seguimiento al cumplimiento de criterios de permanencia en Actividades de Corresponsabilidad Modalidad Estimulo", excluyendo de esta manera la modalidad CPS de la medición y limitando en la descripción del indicador los criterios a la “edad misional y tiempo de permanencia”; sin embargo, en la fórmula del indicador se hace referencia a la edad de 28 años 9 meses que no corresponde a la edad misional según información suministrada en mesa de trabajo realizada el día 17/07/2024 el parámetro corresponde al momento en que se identifica a los jóvenes que estando vinculados a acciones de corresponsabilidad son reportados para iniciar la fase de egreso. la estructura de la fórmula del indicador no detalla claramente todas las variables, ni su relacionamiento imposibilitando el cálculo exacto de este. La fuente de información establecida para el indicador es el SIMI, sin embargo, al no encontrarse en el sistema disponible la opción de consulta de información agregada, la generación de reportes ni la consolidación de información y siendo la evidencia aportada archivo Excel en el que se presentan cálculos sin acceso al origen de datos, no es posible validar la información presentada en la medición ni el cumplimiento de los criterios señalados en la fórmula del indicador.

- Para el indicador estratégico IN-PEI-PSS-003 “Vincular jóvenes a actividades de corresponsabilidad” la fórmula del indicador no detalla claramente todas las variables utilizadas para el cálculo de este, la evidencia aportada para los cuatro periodos de 2023 corresponde a informes del cumplimiento de la meta del proyecto 7726 que si bien está relacionada con la vinculación de jóvenes en vulnerabilidad o en fragilidad social y económica a procesos de desarrollo de capacidades y generación de oportunidades para su inclusión social y productiva, proporcionando datos estadísticos de diferentes estrategias de formación, no proporciona la información específica requerida por la fórmula del indicador “Mediciones trimestrales acumuladas del número de (J) jóvenes vinculados a actividades de corresponsabilidad / Número de (J) jóvenes en vulnerabilidad por vincular a actividades de corresponsabilidad”.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	26 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Para el primer trimestre de 2024 se aporta en la evidencia del indicador en archivo Excel con datos de conteo de jóvenes por vigencia, sin que sea claro el criterio de conteo ni disponible el acceso al origen de los datos, por lo tanto, no es posible validar la información referente a la medición del indicador. Si bien la ficha del indicador indica como fuente de información el SIMI se aporta como evidencia archivos Excel con procesamiento posterior a la generación de información del sistema.
De lo anterior, se puede concluir desconocimiento de los criterios técnicos para la formulación y medición de los indicadores, así como debilidades en la fuente de información y el procesamiento de datos para disponer de información clara, precisa, oportuna y verificable conforme a las fórmulas de medición y los propósitos de cada indicador, evidenciando así debilidades en el cumplimiento de lo establecido en los numerales 8.2, 9.3, 9.4, 9.5, 9.6, 9.8 y 10.1 del MANUAL PARA LA FORMULACIÓN, MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES código S-SMG-MA-006.
Criterio: Manual para la Formulación, Monitoreo y Seguimiento de Indicadores S-SMG-MA-006.
Posibles causas: desconocimiento en los criterios técnicos para formular y medir los indicadores, debilidades en la fuente de información por el procesamiento de datos que se realiza con posterioridad a la generación de reportes desde la base de datos del SIMI.
Posible consecuencias o riesgo asociados: Riesgos de toma de decisiones erradas, pérdida de credibilidad frente a la gestión y el cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales, así como posibilidad de observaciones de entes externos de control.
Recomendación 14
Cumplir el manual y el procedimiento establecido, para fortalecer la formulación, medición y seguimiento de los indicadores del proceso, revisar y ajustar las fórmulas y fuentes de información para que correspondan a lo requerido.

7.3. RESPUESTAS DEL AUDITADO:

Hallazgo 1.
Réplica del proceso: <i>“Se hace necesario modificar el procedimiento debido a que, para iniciar el turno cada día se necesita dejar una base en monedas para dar vueltas a los usuarios, la cual es dejada al finalizar la operación para el inicio del turno al otro día...”</i>
Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso la misma confirma lo inicialmente observado, por lo tanto, el hallazgo se ratifica.
Hallazgo 2.
Réplica del proceso: <i>“En mayo y junio de 2023 se entregaron los elementos de botiquín, por su parte para la vigencia 2024 por la armonización institucional, y está pendiente el suministro de los elementos necesarios. En este momento, está en curso la solicitud de contratación del suministro de botiquines (correo electrónico del 29 y 30 de julio 2024), igual que se reforzarán las revisiones periódicas para mantener vigentes los insumos. Además, el convenio ha fortalecido el equipo técnico operativo para realizar dichas revisiones con más rigurosidad al tener el recurso humano”</i>
Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso se confirma lo inicialmente observado, por lo tanto, el hallazgo se mantiene.
Hallazgo 3.
Réplica del proceso:

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	27 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

“En el momento de la visita la entidad no contaba con contrato suscrito o vigente para el suministro de insumos de aseo, razón por la cual en los puntos no se contaba con la totalidad de elementos para atender la actividad; es importante aclarar que los insumos de aseo limpieza y desinfección son suministrados a través de la orden de compra N. 129486 de 2024 del acuerdo marco y por ende excede los tramites independientes que pueda realizar este convenio...

...Con el fin de fortalecer las acciones asociadas a los productos químicos se solicitaron las fichas de los riesgos al contratista con la clasificación en riesgos de los productos y se darán sticker para la identificación de los elementos.”

Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso se confirma lo observado por el equipo auditor, por consiguiente, el hallazgo se ratifica.

Hallazgo 4.

Réplica del proceso:

“Se realizan visitas diarias en los puntos tanto de mantenimiento preventivos como correctivo, los cuales son reportados por los operadores, y se encuentran registrados en los formatos de control e inspección, ejecución de mantenimiento de bienes e infraestructura A-GAM-FT-07; si bien que, en el momento de la visita en los puntos, estos formatos no se encontraban disponibles, se debe a que los mismos hacen parte de la carpeta de evidencia de los mantenimientos. De acuerdo con lo estipulado en la minuta del contrato los arreglos que realiza equipo de mantenimiento son correctivos o de un daño superficial dichos arreglos están estipuladas en el estudio previo en las obligaciones del IDIPRON, cuando el daño CÓD: A-GDO-FT-013 VR.11 – 04/10/2022 que se presenta tiene intervención en la infraestructura del baño dicho arreglo corresponde a Transmilenio S. A.”

Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso, no se aporta información que permite conclusión diferente, por lo tanto, el hallazgo se mantiene.

Hallazgo 5.

Réplica del proceso:

“La descripción del posible hallazgo, así como la parte inicial del detalle de la situación observada, está concebida bajo la repuesta dada por la gerencia de talento humano – SST y no participan los coordinadores/supervisores/ gerencia de los convenios en mención para controvertirla o complementarla por ende puede ser susceptible a generar aseveraciones que no obedecen al desarrollo contractual ó a lo pactado en la particularidad de cada uno. • Los documentos del sistema de seguridad y salud en el trabajo no tienen la publicidad o accesibilidad a la que están obligados, según las disposiciones del Decreto 1443 de 2014 y los estándares mínimos de un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (Resolucion0312 de 2019) para que puedan consultarse permanentemente. Lo anterior cobra importancia cuando se habla de programa y matriz de EPP, así como las matrices de riesgos e identificación de peligros, que sirvan de base contemplarlos en las actividades a desarrollar por los convenios...”

Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso, se confirma la desarticulación de las acciones desarrolladas desde los convenios con el SST, por lo tanto y considerando la perspectiva sistémica requerida, el hallazgo se ratifica a fin de que se generen acciones de mejora que garanticen dicha articulación.

Hallazgo 6.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	28 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Réplica del proceso: “Secretaría Distrital de Movilidad Convenio 2318 de 2021: Obligación 1. a la fecha se ha contado con la participación de 409 jóvenes en el proceso de los cuales 319 han finalizado su proceso por diferentes motivos, CÓD: A-GDO-FT-013 VR.11 – 04/10/2022 dentro de los que se destacan inasistencia con un 33%, retiro voluntario con un 20%, dificultades comportamentales con un 17%, cumplimiento de tiempo en actividades de corresponsabilidad 17% y vinculación a contrato de prestación de servicios en diferentes convenios de IDIPRON 4%... Obligación 3. El informe bimensual se encuentra en el ANEXO 8, este hace parte de los informes mensuales que se radican a la Secretaría Distrital de Movilidad junto con la parte técnica y financiera Obligación No. 24... conforme las necesidades de personal administrativo para el desarrollo del convenio actualmente se tiene 4 contratistas mujeres que son la Profesional Administrativa y financiera, Profesional social, Tecnóloga Administrativa y Auxiliar Técnica. Cláusula cuarta, numeral 2:... El rubro para refrigerios fue de: \$119.542.500 que se contrataron de la siguiente manera: Contrato Comisión 1440 de 2024 Lote 5 – valor comprometido \$60.000.000, y Contrato de suministro 1206 de 2023 - valor comprometido \$ 59.542.500. En la visita no había contrato celebrado para tal fin, debido al proceso de armonización presupuestal adelantado por el Instituto. CÓD: A-GDO-FT-013 VR.11 – 04/10/2022” • Barrios Unidos Convenio 299 de 2023: Frente a la cantidad de contratistas del 50 % mujeres, de 12 contratistas 6 son mujeres cumpliendo con el porcentaje dispuesto. Desde febrero de 2024, el convenio no contrató personal con recursos de este, sino que se contrató con recursos propios del Instituto. Respecto a las certificaciones bimensuales las expedidas hacen parte de solicitud de desembolso, las características del personal contrato se puede evidenciar a través de los listados de cuentas a radicar, confirmados al área de contabilidad. Convenio 1225 del 2023 –EAAB: Obligación 16. El convenio no ha tenido suspensión alguna; pero si ha tenido tres modificaciones... Durante la ejecución del convenio se han suspendido los contratos de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión (febrero y marzo 2024, junio y julio de 2024), en razón a inconvenientes en el adelantamiento de los procesos inmersos en el plan de adquisiciones debido a la no presentación de oferentes en la etapa precontractual, lo cual tuvo consecuencia el aplazamiento de las actividades en campo. Clausula Séptima- Comité Técnico: los comités técnicos se realizan mensualmente desde julio de 2023 hasta agosto de 2024, pero el responsable de elaborar las actas EAAB, y no el Instituto. No obstante, se tiene soporte de la celebración de las citadas reuniones. Respecto los informes mensuales de seguimiento y avance del proyecto (físico y presupuestal) se informa que los mismos son proyectados por el coordinador del convenio y son remitidos al supervisor del EAAB para su revisión y validación, a la fecha se han remitido 8 informes para lo pertinente de lo cual se tiene como soporte las comunicaciones entre entidades. Convenio 422 de 2023 Fontibón: Se efectuaron los informes técnicos y financieros, es de anotar que la otra entidad conveniente revisó y aprobó antes de entregarlos definitivamente, lo anterior para evitar los reprocesos, ante la situación de cambio de administración” Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso, se confirman las debilidades observadas frente a las obligaciones contractuales, por lo que, el hallazgo se ratifica para que se generen acciones de mejora que garanticen el cumplimiento.
--

Hallazgo 7.
Réplica del proceso: “Durante la suscripción del convenio 2318-2021 no se contempló el trabajo en alturas ya que conforme al artículo 3 de la Resolución 4272 de 2021, el trabajo en alturas se define como

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	29 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

“Toda actividad que realiza un trabajador que ocasione la suspensión y/o desplazamiento, en el que se vea expuesto a un riesgo de caída, mayor a 2.0 metros, con relación del plano de los pies del trabajador al plano horizontal inferior más cercano a él”; y la actividad del convenio “Limpieza de postes tipo mástil de semáforos, incluye botón de demanda si lo tiene. La limpieza se realizará hasta una altura máxima de 1,80 m y consiste en el retiro de pegatinas (stickers) y de polución (Sin utilizar elementos abrasivos ni cortopunzantes)” por lo tanto no tiene lugar la exigencia de certificación de trabajo en alturas, pues no se cumple el criterio legal para el mismo; Sin embargo, a modo orientativo y preventivo se pueden brindar capacitaciones en el tema a los jóvenes de la estrategia”

Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso, el proceso confirma que no es viable realizar trabajos en alturas superiores a 1,80 m, de lo que se tiene que, en las visitas se evidencio ejecución de actividades en escaleras de 2mts de altura, lo cual no es coherente con lo anteriormente manifestado, asimismo se observó la realización de actividades sin el uso de los EPP, por consiguiente, el hallazgo se ratifica.

Hallazgo 8.

Réplica del proceso:

“Las apropiaciones presupuestales a las que se hace referencia en los Comprobantes de Disponibilidad Presupuesta - CDP que amparan las Resoluciones 028/2024 y 320/2024 al ser recursos administrados deben ser desembolsados por las entidades convenientes, estos CDPs fueron expedidos en la ejecución de las actividades teniendo en cuenta la veracidad de la información del archivo Informe final M-PSS-FT-045, información que se traslada al acto administrativo y que ampara la concesión del estímulo de corresponsabilidad...”

Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso, no se aporta información que permite conclusión diferente, por lo tanto, el hallazgo se mantiene.

Hallazgo 9.

Réplica del proceso:

“Resulta importante indicar que conforme los resultados de las auditorías externas, el Instituto ha determinado la necesidad de fortalecer su sistema de información misional - SIMI para los cual se ha requerido actualizar una serie de documentos entre el cual se encuentra el instructivo de “Diligenciamiento De Planillas De Asistencia, Entrega, Archivo M-PSS-IN-007” por ello se remite evidencia del trabajo realizado por las dependencias misionales en el cual se modifica el citado documento, pues el SIMI ahora contara con nuevas funcionalidades lo cual cambia las actividades como se venía ejecutando.”

Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso, no se aporta información que permite conclusión diferente, por lo tanto, el hallazgo se mantiene.

Hallazgo 10.

Réplica del proceso:

“Teniendo en cuenta la recomendación de este posible hallazgo es importante anotar que en la presente vigencia fue actualizado (26/06/2024) y socializado el procedimiento “Gestión, Estructura y Desarrollo de Convenios M-PSS-PR-001, versión 2” en dos ocasiones la primera el 27 de junio de 2024 y la segunda el 04 de julio de 2024, Así como el “Instructivo Convenios Interadministrativos de Estrategia de Corresponsabilidad M-PSS-IN-006 vr 1”.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	30 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso, no se aporta información que permite conclusión diferente, por lo tanto, el hallazgo se mantiene.

Hallazgo 11.
Réplica del proceso: <i>“...la afirmación del hallazgo “se observaron debilidades en cuanto al diseño de los procedimientos y sus controles, específicamente en la clasificación, descripción, diagramación de las actividades y atributos de puntos de control” de acuerdo con lo arriba citado si bien en un primer momento la dependencia a través de su líder SIGID elaborar los documentos, deben y son revisados y aprobados conforme los lineamientos del manual de elaboración de documentos por el referente SIGID de la Oficina Asesora de Planeación, como de la Subdirección de Lineamientos cuando aplique, garantizando así que se cumple con los lineamientos para la oficialización de los mismos. Por ende, la debilidad en los documentos no predica solo del proceso misional sino del proceso estratégico...</i> <i>... Ahora bien, frente a la estructura documental en diferentes espacios institucionales con la oficina asesora de planeación, la subdirección técnica de lineamientos y la subdirección técnica poblacional se ha expresado la necesidad de traslado documental entre dependencias misionales toda vez que muchos de los manuales y procedimientos del proceso de prestación de servicios sociales se encuentran identificados como “DAL” lo cual no guarda lógica con la estructura y jerarquía de los documentos. Por ellos se señala nuevamente que el competente y responsable del sistema integrado de gestión y la documentación es la oficina asesora de planeación, no obstante, dicha dependencia no se ha pronunciado en sentido alguno. No obstante, las subdirecciones misionales han alentado charlas respecto al tema...”</i> Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso se confirma lo observado por el equipo auditor, por consiguiente, el hallazgo se ratifica.

Hallazgo 12.
Réplica del proceso: <i>“se determina como competencia de la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación, no siendo posible responder en ese sentido”</i> Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso se identifica que el proceso no dio a conocer el informe preliminar a las demás dependencias, al no recibir respuesta ni información que permita conclusión diferente a la inicial, el hallazgo se mantiene, para que se gestione a través de la formulación de acciones de mejora.

Hallazgo 13.
Réplica del proceso: <i>“se determina como competencia de la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación, no siendo posible responder en ese sentido”</i> Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso se identifica que el proceso no dio a conocer el informe preliminar a las demás dependencias, al no recibir respuesta ni información que permita conclusión diferente a la inicial, el hallazgo se mantiene, para que se gestione a través de la formulación de acciones de mejora.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	31 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Hallazgo 14.
Réplica del proceso: <i>“...Adicionalmente y conforme el Manual para la formulación monitoreo y seguimiento de indicadores, “Cada año los líderes de procesos deben revisar, verificar y/o modificar los Indicadores conforme al análisis realizado al interior de los procesos en conjunto con la Oficina Asesora de Planeación”. En sus funciones y como dependencia técnica especializada, la oficina asesora de planeación debe orientar la formulación de los indicadores y socializar y/o capacitar al equipo operativo SIGID para llevarla actividad. Vale la pena advertir la práctica institucional no oficializada que refiere a que la mayoría de los temas inclusive las herramientas de gestión son “revisadas, validadas y ajustadas” por la subdirección técnica de lineamientos no limitándose a lo temático o conceptual sino a lo técnico lo cual es competencia de la oficina asesora de planeación; de tal suerte que obedeciendo al ejercicio de formulación de indicadores existe un “doble filtro” el diseño por las gerencias y la subdirección, pasa a la subdirección técnica de lineamientos, y estos últimos remiten a la oficina asesora de planeación. Por otro lado, y en atención a los reportes SIMI solicitados mensualmente los primeros 5 días hábiles de cada mes, dependen de los análisis del equipo responsable pudiendo variar según lo entiendan los profesionales a cargo, no permitiendo ser una fuente confiable y permanente en el tiempo en cuanto a los parámetros a aplicar. Adicionalmente se considera que esta gestión con el SIMI y la “evidencia” a remitir como “exceles” según requerimiento de la subdirección de lineamientos y la oficina asesora de planeación, se presenta como un reproceso pues no existe lógica en solicitar información del SIMI – OAP para reportarla a la OAP... “</i>
Análisis y respuesta de la replica: Analizada la réplica del proceso confirma lo inicialmente observado, por lo tanto, el hallazgo se mantiene.

7.4. OPORTUNIDADES DE MEJORA:

Oportunidad de mejora 1.
Evaluado el diseño y ejecución de controles de los mapas de riesgo de corrupción y gestión, se observa la necesidad de fortalecer el análisis de contexto en relación con la estructura de procesos vigente, considerando: (i) la integralidad del objetivo, alcance, actividades y productos que caracterizan la Prestación de Servicios Sociales, es necesario que se diferencie de los demás procesos misionales, (ii) los factores internos y externos que inciden en la realización del proceso, especialmente en relación con factores de riesgos tales como errores en la ejecución de actividades, debilidades de la infraestructura física y tecnológica, concentración del manejo de la información en determinadas personas, insuficiencia de recursos, cambios en las dinámicas poblacionales, procesamiento de información manual que suple las debilidades del Sistema de Información, lo cual puede estar causado por desconocimiento o fallas en la aplicación metodológica, generando exposición a riesgos que no se han identificado.
Detalle de la situación observada: La aplicación de la metodología para la construcción del mapa de riesgos de corrupción vigente presenta debilidades en la aplicación del cuestionario de impacto y en los criterios de evaluación de los controles, que se apartan de la metodología establecida y reflejan imprecisiones en el análisis, lo cual puede conllevar la valoración subjetiva y en consecuencia el inadecuado tratamiento del riesgo. La formulación de mapas de riesgos comunes para los procesos misionales dificulta el análisis de los riesgos propios de la prestación de los servicios, diluye la responsabilidad de la aplicación de los controles, generando ineficiencia y reprocesos o actividades ineficaces o de baja relevancia frente a los objetivos y los aspectos críticos de la operación misional. La Prestación de Servicios Sociales implica la gestión eficiente y transparente de un gran volumen de información clave y sensible, que si bien se cuenta con el SIMI como herramienta oficial para la captura y almacenamiento, resulta insuficiente para el procesamiento, análisis y utilización de la información en la toma de decisiones y la rendición de cuentas, situación se ha venido enfrentando con la implementación de controles y procesamientos manuales que demandan una alta carga y

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	32 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

pueden implicar un alto riesgo de errores, así como, la exposición de la entidad a factores de riesgos de gestión y corrupción, por lo cual el análisis de probabilidad debería incorporar no solo factores de frecuencia, sino de factibilidad y análisis de incidentes.
Recomendación 15.
Formular los mapas de riesgos de corrupción y de gestión propios del proceso, dando aplicación a la metodología vigente y a partir del análisis amplio del contexto interno y externo del proceso.

Oportunidad de mejora 2.
En visita realizada a las ejecuciones del Convenio 407 de 2019, de los baños públicos de la estación de Transmilenio Ricaurte, se identificaron debilidades en la seguridad de los contratistas durante el recaudo del dinero y la prestación del servicio, por el ingreso de personas que en algunos casos llegan bajo los efectos de sustancias psicoactivas SPA y se niegan a realizar el pago del servicio e incluso han intentado agredir a los operadores, situación que estar causada por la baja capacidad de respuesta de los operadores frente a la ubicación, horarios y alta afluencia de usuarios de este punto y/o debilidades en las medidas de seguridad en el marco del convenio con Transmilenio, generando riesgos de incidentes de seguridad.
Detalle de la situación observada: En la visita de observación a los baños públicos de la estación Ricaurte del convenio 407 de 2019; durante la aplicación de la lista de chequeo, se les pregunta a las colaboradoras si tienen sugerencias para mejorar el servicio o queja de algo que considere que pueda afectar la prestación del servicio; ante lo que manifiestan: que se requiere mejorar la seguridad, ya que han tenido situaciones de inseguridad por personas que llegan al baño de una manera grosera y agresiva, en condiciones de alcoholismo o drogados. adicionalmente a esto manifiestan que se requiere más capacitaciones en cuanto a manejo de aseo orden y desinfección.
Recomendación 16.
Establecer e implementar medidas de seguridad y revisar la capacidad de respuesta de los operadores, frente a la cantidad de usuarios, caracterización de estos y horarios de la prestación del servicio.

Oportunidad de mejora 3.
En prueba de recorrido de ejecución de controles del procedimiento RECAUDO BAÑOS PÚBLICOS CODIGO M-DAL-PR-013, se evidencio que no existe segregación en las actividades de recaudo del dinero, lo que puede estar causado por insuficiencia de personal o debilidad en los controles, pudiendo generarse riesgos de perdida de dinero.
Detalle de la situación observada: En prueba de recorrido de ejecución de controles del procedimiento RECAUDO BAÑOS PÚBLICOS CODIGO M-DAL-PR-013, se identificó que las actividades 25 hasta la 37 están a cargo del recaudador, solo en la actividad 31 participa otra persona. En este mismo sentido durante las visitas realizadas se evidencio que se recoge el dinero recaudado, sin que el operador cuente con soporte del valor entregado y es el mismo recaudador quien recibe el dinero, firma, diligencia y entrega los formatos <i>PLANILLA CONTROL DE CONSIGNACIÓN - RECAUDO BAÑOS PÚBLICOS M-PSS-060 PLANILLA CONTROL DE CONSIGNACIÓN RECAUDO M-PSS-FT-06</i> , así como los recibos de consignación de la entidad financiera. En efecto se puede concluir que no existe segregación en las actividades de recaudo del dinero, lo que puede estar causado por insuficiencia de personal o debilidad en los controles, pudiendo generarse riesgos de perdida de dinero.
Recomendación 17.
Implementar puntos de supervisión durante las actividades de recaudo del dinero, que permitan la segregación y adecuado control de los recursos.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	33 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Oportunidad de mejora 4.
En prueba de recorrido de ejecución de controles del procedimiento CONCESIÓN DE ESTÍMULOS DE CORRESPONSABILIDAD M-DAL-PR-006, se evidencio que en el alcance condiciones y actividades de este, se hace referencia a un equipo de consolidación de estímulos de corresponsabilidad (ECEC), sin embargo estas actividades están a cargo de un único contratista, sin que exista segregación en las actividades de consolidación del informe de concesión y elaboración de las resoluciones de concesión de estímulos, lo que puede estar causado por insuficiencia de personal o debilidad en los controles, pudiendo generarse riesgos relacionados con errores en la concesión y pago de estímulos. Detalle de la situación observada: En prueba de recorrido de ejecución de controles del procedimiento CONCESIÓN DE ESTÍMULOS DE CORRESPONSABILIDAD M-DAL-PR-006, se evidencio que en el alcance condiciones y actividades de este, se hace referencia a un Equipo de Consolidación de Estímulos de Corresponsabilidad (ECEC). No obstante, en las mesas de trabajo realizadas y respuestas recibidas del proceso se detectó que estas actividades están a cargo de un contratista. Se informo que la misma persona que recibe, revisa, consolida el informe de concesión, este último se hace a través de un procesamiento manual de la información recibida desde el SIMI, que no esté documentado y por tanto la persona que lo hace actualmente es la única que sabe desarrollarlo; adicionalmente, esta misma persona elabora las resoluciones de concesión de estímulos. De lo anterior se concluye que no existe segregación en las actividades de consolidación del informe de concesión y elaboración de las Resoluciones de Concesión de Estímulos.
Recomendación 18.
Desconcentrar las actividades de consolidación del informe de concesión y elaboración de las resoluciones de concesión de estímulos, implementando controles efectivos que permitan mitigar los riesgos asociados a errores en la concesión y pago de estímulos.

7.5. EVALUACIÓN DE EFECTIVIDAD DE PLANES DE MEJORAMIENTO INTERNOS:

En este ítem se analiza y emite opinión sobre la efectividad de las acciones de mejora, registre aquellas que fueron evaluadas eficaces en el seguimiento realizado por la oficina de control interno es decir que se evaluaran las cuatro (4) acciones de mejora que se encuentran en estado cerradas, de las que se evaluó su efectividad, considerando si la situación anteriormente observada o la causa se evidenciaron nuevamente durante este proceso auditor; obteniendo los siguientes resultados

Auditoría	Fecha de la Auditoría	Hallazgo	Código	Acción de mejora	Evaluación de efectividad	
					Efectiva	Inefectiva
Auditoría Interna	2022	"Al validar la información suministrada por el contexto Territorio base (SIMI) y analizadas la cantidad de NNAJ atendidos por estrategia versus la cantidad de fichas de ingresos reportadas y entregadas en copia digital, se detectaron diferencias y para algunos casos la cantidad de fichas de ingreso supera la cantidad de NNAJ atendidos por estrategia. Asimismo se verificaron las fichas de ingreso de los NNAJ que estuvieron presentes en las visitas realizadas evidenciándose en las tres estrategias que existen beneficiarios sin fichas de ingreso..."	PMAI-2022-073	Formular un tablero de control por parte de Subdirección Poblacional-Gerencia de territorio, para hacer seguimiento cada dos meses al cruce de la información que se genere desde soporte SIMI frente a la atención que se da desde cada estrategia.	X	
Auditoría Interna	2023	Analizada la documentación recibida por parte del proceso, frente a lo exigido en la convocatoria 2, se detectaron 15 casos en los que no se pudo verificar cumplimiento de varios ítems establecidos en el "Documento de Términos de Referencia"...	PMAI-2023-009	Implementar las acciones requeridas con base en el diagnóstico entregado por gestión documental (sobre el estado de implementación de tablas de retención documental de los procesos asociados a convenios) con el fin de asegurar la conservación documental.		X

 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. INTEGRACIÓN SOCIAL Instituto Unitario para la Protección de la Niñez y la Juventud	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN		CÓDIGO	S-EVG-FT-006
			VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA		PÁGINA:	34 de 35
			VIGENTE DESDE	13/06/2024

Auditoría	Fecha de la Auditoría	Hallazgo	Código	Acción de mejora	Evaluación de efectividad	
					Efectiva	Inefectiva
Auditoría Interna	2023	Desde el comité operativo, se establecieron dos versiones del formulario o formato único de inscripción, en la página web en la convocatoria se publicó la segunda versión, sin embargo, realizada la verificación documental, se observó que las organizaciones presentaron sus propuestas utilizando una versión que no corresponde a la publicada, versión que además carece de información de los siguientes criterios que otorgan puntaje: "Viabilidad Técnica y Financiera- Impacto (10 puntos)", "Innovación- Innovación Social- (10 puntos)" y "Fortalezas Organizacionales- Trayectoria e Idoneidad del Participante (10 puntos)"	PMAI-2023-012	Solicitar al comité de estructuración de la Gerencia de contratación un proceso de capacitación sobre buenas prácticas en la preparación de los términos de referencia	X	
Auditoría Interna	2023	Se identificaron retrasos en la ejecución de actividades programadas, lo cual denota fallas en el cumplimiento del numeral 5 "Cronograma" de los términos de referencia de la convocatoria, situación que puede estar causado por las permanentes modificaciones y la alta rotación del talento humano	PMAI-2023-013	Realizar capacitación a los servidores que participan en la gestión de los convenios que hacen parte de la Gerencia de estrategias de corresponsabilidad, con respecto al procedimiento GESTIÓN, ESTRUCTURA Y DESARROLLO DE CONVENIOS M-PSS-PR-001.		X

7.6. ANEXOS:

- ANEXO - 1 Prueba de Recorrido Diseño Documental PSS 2024.
- ANEXO - 2 Registro Fotográfico Visitas Auditoria al proceso PSS

8. CONCLUSIONES:

De acuerdo con el objetivo definido en la presente auditoria, se evaluó gestión del proceso Prestación de los Servicios Sociales en el Marco del Modelo Pedagógico durante para la vigencia 2023 y primer trimestre de 2024, ejercicio que se enmarco desde el objetivo y alcance del proceso con un enfoque a convenios, para atender los resultados del nivel de confianza del mapa de aseguramiento en su versión 2, se puede concluir que en términos generales con la información que fue aportada, se está cumpliendo con el objetivo del proceso, a excepción de las situaciones presentadas en este informe, que identifican un total de catorce (14) hallazgos y cuatro (4) oportunidades de mejora, evidenciando así resultados que requieren implementar acciones que mejorar la gestión del proceso auditado, del cual se identificaron también en el marco de esta auditoria una (1) fortaleza.

9. RECOMENDACIONES GENERALES:

- Fortalecer los equipos de trabajo, propendiendo por la desconcentración y segregación de funciones y actividades, para garantizar controles adecuados y prevenir afectación de los servicios o resultados esperados.
- Analizar las condiciones de concesión de estímulos de corresponsabilidad, considerándolo desde su propósito social, sin homologarlo con un vínculo laboral, evaluar si en el contexto actual es necesario que este dependa directamente de las asistencias, teniendo en cuenta que esto ha impactado al Instituto en varios aspectos; Por consiguiente, se sugiere revisar y cambiar las condiciones de concesión y pago, pudiendo establecerse un valor fijo para todos los AJ que ingresen y cumplan unas condiciones establecidas y definir variables de descuento o retiro del estímulo, como efecto del incumplimiento de estas.
- Definir desde la política de prevención del daño antijuridico, lineamientos que permitan prevenir y gestionar los riesgos que se puedan generar en lo referente a contrato realidad, a partir de los contratos que se suscriben y ejecutan en el marco de los convenios interadministrativos.

	EVALUACIÓN A LA GESTIÓN	CÓDIGO	S-EVG-FT-006
		VERSIÓN	07
	INFORME DE AUDITORÍA	PÁGINA:	35 de 35
		VIGENTE DESDE	13/06/2024

Robustecer el Sistema de Información Misional, para lograr que preste su funcionalidad como apoyo a los procesos misionales, atendiendo y facilitando las actividades de los usuarios del proceso de prestación de los servicios y los demás procesos.

VºBº Auditor líder* FIRMA: _____ NOMBRE: Carlos Andrés Guerra Jiménez	VºBº Equipo Auditor* FIRMA: <u>Paola Andrea Arias C.</u> NOMBRE: Paola Andrea Arias Cabrera
--	--

VºBº Equipo Auditor* FIRMA: _____ NOMBRE: Anyela Viviana Buitrago Amarillo	VºBº Equipo Auditor* FIRMA: _____ NOMBRE: Navis Alberto Florez León
---	--

Aprobación Jefe Oficina de Control Interno FIRMA: _____ NOMBRE: Marcela Delgado Guarnizo
