



CONSEJO ASesor DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

FORMATO GUIA - DEPENDENCIA SIN GERENCIA DE PROYECTOS DE INVERSIÓN  
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS  
OFICINA DE CONTROL INTERNO  
(Referencia: Circular No. 04. del 27 de septiembre de 2005)

|  |    |   |                    |                             |   |     |
|--|----|---|--------------------|-----------------------------|---|-----|
| 1. ENTIDAD: Instituto Distrital de Recreación y Deporte - IDRD   |    | 2. DEPENDENCIA A EVALUAR Y PERÍODO: Oficina de Control Disciplinario Interno- Enero de 2022 - Diciembre de 2022 |                    |                             |   |     |
| 3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:  |    |   |                    |                             |   |     |
| <p><b>Objetivo del Proceso:</b><br/>Conocer, indagar, investigar y sancionar a los funcionarios y ex funcionarios adscritos al Instituto Distrital de Recreación y Deporte, por las acciones u omisiones que constituyan falta disciplinaria en razón de sus funciones.</p> <p><b>Objetivo Estratégico:</b><br/>• Fortalecer la eficiencia administrativa como eje del desarrollo de la entidad a través del uso de la tecnología y la articulación e implementación de sistemas de información.</p>   |    |   |                    |                             |   |     |
| 4. PROYECTO DE INVERSIÓN:  |    |   |                    |                             |   |     |
| No aplica  |    |   |                    |                             |   |     |
| 5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL  |    | 5. MEDICION DE RESULTADOS   |                    |                             |   |     |
|  |    | 5.1. INDICADOR  | 5.2. RESULTADO (%) | 5.3. ANALISIS DE RESULTADOS |   |     |
| 5.1 PLAN OPERATIVO   |    |   |                    |                             |   | 33% |
| VARIABLE A EVALUAR   |    |   |                    |                             |   |     |
| Criterio de Evaluación: Para el Plan Operativo, generación de valor agregado para efectos estratégicos de la dependencia y grado de cumplimiento. Como criterio para evaluar las actividades componentes, se tuvo en cuenta dos condiciones A) Si la actividad del Plan Operativo por su naturaleza para efectos estratégicos de la dependencia genera valor agregado (100 puntos), o lo genera parcialmente (50 puntos), o no lo genera (0 puntos), se marcó una solamente de las columnas, según lo pertinente. B) Se afectarán los anteriores puntajes por el grado o porcentaje de ejecución de la actividad generadora de valor agregado o parcialmente generadora, y el resultado arrojado, fue la cifra que se ubicó en columna de resultado. Fuente de Información de base para el análisis: tomar los Planes Operativos y su avance (se debe revisar soportes que den cuenta del cumplimiento de cada actividad), del correspondiente informe de seguimiento de la Oficina Asesora de Planeación, con los cortes que cubran el período evaluado y/o el documento pertinente que esta oficina suministre. Ubicación: Página web del IDRD |    |   |                    |                             |   |     |
| META 1   |    |   |                    |                             |   |     |
| VARIABLE A EVALUAR   | SI | PARCIALMENTE  | NO                 | RESULTADO                   |   |     |
| Actividad: Realizar 24 clínicas jurídicas en las que se integre la normatividad vigente, jurisprudencia y casuística, articulando las actividades técnicas, operativas y administrativas inherentes a la Oficina de Control Disciplinario Interno y las demás dependencias del Instituto   | X  |   |                    | 100%                        | De la información reportada por parte de proceso, se observó que en cada trimestre de la vigencia 2022, se efectuaron seis (6) clínicas jurídicas, siendo un total de veinticuatro (24) clínicas realizadas durante los cuatro trimestres, de acuerdo con lo informado por parte del proceso (20222200551853), las actividades realizadas se enmarcan actualizar al equipo de trabajo de la oficina, en temas relativos al derecho disciplinario (Normatividad, directivas y políticas expedidos por los diferentes entes y organismos rectores sobre el tema) así mismo se hace alusión a la actualización respecto de mapas de riesgos, plan operativo, acuerdo de gestión, procesos y procedimientos, relacionados con la actividad disciplinaria ejercida por parte de la oficina. Lo anterior da cuenta que se dio cumplimiento a la actividad prevista, por parte del proceso dentro del plan Operativo dispuesto para la vigencia del 2022   |     |
| META 2   |    |   |                    |                             |   |     |
| VARIABLE A EVALUAR   | SI | PARCIALMENTE  | NO                 | RESULTADO                   |   |     |
| Actividad: "Preferir como mínimo 60 autos de sustanciación y/o interlocutorios de las acciones disciplinarias que adelante la Oficina de Control Disciplinario Interno   |    | X   |                    | 50%                         | De la información reportada por parte de proceso, se observó que en cada trimestre de la vigencia 2022, se efectuaron quince (15) autos de sustanciación dentro de los procesos disciplinarios a cargo de la Oficina, siendo un total de sesenta (60) autos realizados durante los cuatro trimestres, de acuerdo con lo informado por parte del proceso (20222200551853), los proyectos de autos una vez son aprobados por parte del responsable del proceso, se procede a actualizar la información en el Sistema de Información Disciplinario SID 3 de la Alcaldía Mayor de Bogotá, registro de base datos interna, y registro en la expedientes físicos. De acuerdo con lo anterior, y de conformidad con lo reportado por parte del proceso, da cuenta del cumplimiento de la actividad propuesta respecto de la meta de los 60 autos a preferirse durante para vigencia de 2022, de otra parte, se sugiere que para las próximas vigencias se propendan por actividades que generen impacto en la optimización de recursos, dentro del marco de sus funciones.   |     |
| VARIABLE A EVALUAR   | SI | PARCIALMENTE  | NO                 | RESULTADO                   |   |     |
| Actividad: "Realizar cuatro (4) jornadas de sensibilización dirigidas a los servidores de planta y/o contratistas adscritos a las áreas identificadas como vulneradoras del régimen de deberes y prohibiciones inherentes a los servidores públicos"   | X  |   |                    | 100%                        | De la información reportada por parte de proceso, se observó que para el segundo trimestre de 2022 (20222200164423 y 20222200164443) se efectuaron dos jornadas de sensibilización dirigidas a servidores y colaboradores de la Subdirección Técnica de Parques y de Recreación y Deportes, cuyo tema se relaciona con la vulneración de deberes y prohibiciones inherentes a los servidores públicos; para lo correspondiente al tercer trimestre se adelantó la actividad denominada "jornadas de sensibilización dirigidas a los servidores de planta y/o contratistas adscritos a las áreas identificadas como vulneradoras del régimen de deberes y prohibiciones inherentes a los servidores públicos" esto en aras del desarrollo de la función preventiva de la OCDI; en lo que respecta al cuarto trimestre se desarrolló la actividad con la temática relacionada con las "Excepciones a la Competencia de la OCDI" mediante el correo comunidad. De acuerdo con lo anterior, y de conformidad con lo reportado por parte del proceso, da cuenta del cumplimiento de la actividad propuesta respecto de la meta de cuatro (4) actividades para la sensibilización dirigido a las áreas del IDRD, en lo que corresponde a la vigencia de 2022. |     |
| VARIABLE A EVALUAR   | SI | PARCIALMENTE  | NO                 | RESULTADO                   |   |     |
| A. CALIFICACION PLAN OPERATIVO   |    |   |                    |                             |   | 28% |
| 5.2 SISTEMA DE CONTROL INTERNO   |    |   |                    |                             |   | 67% |

| 5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL  | 5. MEDICION DE RESULTADOS  |   |   |
|--|--|---|---|
|  | 5.1. INDICADOR   | 5.2. RESULTADO (%)  | 5.3. ANALISIS DE RESULTADOS   |
| <b>Gestión de primera línea de defensa 50 %</b>  |  |   |   |
| <p>Criterio para evaluar la gestión de la primera línea de defensa:<br/>Se tendrá en cuenta:<br/>* La identificación y definición de los riesgos de gestión, seguridad de la información y corrupción, desde el rol de la primera línea de defensa, de acuerdo con lo establecido en la Política para la Gestión del Riesgo en el IDRD (vigente).<br/>* La identificación y definición de los riesgos ambientales y de seguridad y salud en el trabajo- SST, de acuerdo normatividad que les rige.</p> <p>Fuente de información:<br/>* Aplicativo ISOLUCION<br/>* Reporte de la primera línea de defensa sobre gestión del riesgo.<br/>* Seguimiento a la gestión del riesgo, por parte de la Oficina de Control Interno.</p>  | 100%   | Una vez revisado el aplicativo ISOLUCIÓN, se observa que para la vigencia 2022, en el mapa de riesgo de gestión, se identificaron y definieron dos (2) riesgos de gestión (última actualización: 8 de noviembre de 2022). A su vez, en la página Web del Instituto, se observó que se encuentra identificado un (1) riesgo de corrupción.   | 50%   |
| Calificación Gestión de primera línea  |  |   |   |
| <b>Gestión Plan de Mejoramiento Institucional</b>  |  |   |   |
| <p>Planes de Mejoramiento - peso porcentual 20%</p> <p>Criterio general de evaluación: Se promediará el resultado del avance del conjunto de los planes de mejoramiento internos y externos a cargo de la dependencia.</p> <p>Planes de Mejoramiento Externos – PME peso porcentual 10%<br/>Se relacionan todas las acciones de los planes de mejora abiertos, y cerrados en la vigencia, derivados de auditorías, visitas y/o evaluaciones de entes externo (Contraloría, Veeduría, Personería y Archivo Nacional), indicando las culminadas oportunamente.<br/>Criterio de evaluación: Número de acciones culminadas dentro de las fechas de compromiso estimada por la OCI y/o cerradas por el ente de Control, sobre el total de acciones a culminar en el período.<br/>Aplica para las acciones compartidas.</p> <p>Plan de Mejoramiento Interno – PMI peso porcentual 10%<br/>Se relacionan todas las acciones de los planes de mejora abiertos, y cerrados en la vigencia, derivados de auditorías internas e informes de seguimiento.<br/>Criterio de evaluación: Número de acciones cerradas dentro de las fechas de compromiso, sobre el total de acciones del período. Así mismo, se tendrán en cuenta las observaciones que la a la fecha no se hayan formulado su plan de mejoramiento, las cuales afectarán la calificación disminuyendo el resultado final en un 5%</p> <p>Fuente base de información:<br/>* Aplicativo ISOLUCION<br/>* Informes de seguimiento de la OCI de los planes de mejoramiento interno y externos.</p> | 100%   | <p><b>Planes de Mejoramiento Externos:</b> Es de precisar que se incluyó para la evaluación, los requerimientos de responsabilidad única de la Oficina Veeduría Distrital: Para vigencia 2022, el proceso cuenta con tres (3) acciones a su cargo, las cuales se encuentran vinculadas a las investigaciones de acuerdo al desarrollo proceso disciplinario (100%).</p> <p><b>Plan de Mejoramiento Interno:</b> Revisado el aplicativo ISOLUCION el resultado arroja que para la fecha el proceso no registra hallazgos pendientes (100%). Así las cosas, se promedió el porcentaje de cumplimiento de los Planes de Mejoramiento para la vigencia correspondiente al 2022, tanto externo (100%) e interno (100%) a cargo de la OCDI, dando como resultado: 100%.</p> | 20%   |
| Calificación Gestión de primera línea  |  |   |   |
| <b>Gestión de Riesgos</b>  |  |   |   |
| <p>Evaluar y ponderar gestión del riesgo y su reflejo en Mapa de Riesgos de gestión, y por aparte la reflejada en el Mapa de riesgos de Corrupción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, para cada uno de los tres aspectos estipulados, Diseño de controles, Efectividad de aplicación y Gestión general del riesgo.</p>  |  | 15%   | 15%   |
| DESCRIPCIÓN  | INDICADOR  | RESULTADO (%)   | ANALISIS DE RESULTADOS  |
| <p><b>Diseño de los controles- 5%</b> (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información).</p> <p><b>Criterios:</b> Diseño de los controles de acuerdo con la Política de administración de riesgos en el IDRD.</p> <p><b>Fuente:</b><br/>* Informes segunda línea de defensa (pagina web: <a href="https://www.idrd.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/plan-de-accion/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano">https://www.idrd.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/plan-de-accion/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano</a>)<br/>* Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes PAA-2022</p>   | Proporción del total de controles diseñados frente a las condiciones mencionadas en el criterio.   | 100%  | <p><b>Riesgos de Gestión:</b> El proceso tiene asociado: dos (2) riesgos con cuatro (4) controles, se presentó soporte de su implementación y ejecución de acuerdo con el diseño, dichas observaciones se presentaron en el marco del informe del seguimiento del tercer cuatrimestre del PAAC 2022.</p> <p><b>Riesgos de Corrupción:</b> El proceso tiene asociado un (1) riesgos con un (1) control, de acuerdo con la documentación aportada, se observó que el control se implementó de acuerdo con su diseño y ejecución, demostrando su aplicación y efectividad, esta observación se formuló en el informe del seguimiento del tercer cuatrimestre del PAAC 2022.<br/>Así las cosas, se tiene identificado en total cinco (5) controles, de los cuales se encuentran conforme a lo señalado en la política de riesgos de IDRD dando cumplimiento en el 100% (5/5).</p> |
| <p><b>Implementación de los controles- 5%</b> (Riesgos de gestión, corrupción, seguridad de la información).</p> <p><b>Criterios:</b> verificar la ejecución de los controles, de acuerdo con el monitoreo y seguimiento desde la primera línea de defensa.</p> <p><b>Fuente:</b><br/>* Informes segunda línea de defensa (página web: <a href="https://www.idrd.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/plan-de-accion/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano">https://www.idrd.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/plan-de-accion/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano</a>)<br/>* Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes PAA-2022</p>   | Determinación de la proporción del total de los controles establecidos en los mapas de los riesgos, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio. | 100%  | Riesgos de Gestión y Corrupción: De los cinco (5) controles definidos, todos se encuentran implementados de manera efectiva; razón por la cual, se da cumplimiento en el 100%   |
| <p><b>Tratamiento del Riesgo - Riesgos materializados - 5%</b> (Riesgos de gestión/ Seguridad de la información / Riesgos de Corrupción, Seguridad y Salud en el Trabajo- SST y de Gestión Ambiental).</p> <p>Planes de Contingencia (diseñados e implementados)</p> <p><b>Criterios de evaluación:</b> En casos de materialización de riesgos, evidenciar la implementación del plan de contingencia de conformidad con lo definido.</p> <p><b>Fuente:</b><br/>* Informes segunda línea de defensa (página web: <a href="https://www.idrd.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/plan-de-accion/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano">https://www.idrd.gov.co/transparencia-acceso-informacion-publica/planeacion-presupuesto-informes/plan-de-accion/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano</a>)<br/>* Seguimiento de la primera línea de defensa.<br/>* Seguimiento OCI - Rol Evaluación del Riesgo. Informes PAA-2022</p>   | Determinación de la medida en que se da tratamiento a los riesgos por parte de la dependencia, de acuerdo con las condiciones mencionadas en el criterio.      | 100%  | <p><b>Riesgo de Gestión:</b> Se definieron planes de acciones y contingencia de acuerdo con lo establecido en la Política de Administración de Riesgo - no se materializó el riesgo identificado.</p> <p><b>Riesgo corrupción:</b> Se definieron planes de acciones y contingencia de acuerdo con lo establecido en la Política de Administración de Riesgo - no se materializó el riesgo identificado.</p>   |
| Calificación Gestión de Riesgos  |  |   |   |
| 15%  |  |   |   |

| 5. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL  |  | 5. MEDICION DE RESULTADOS  |  |                             |
|--|--|--|--|-----------------------------|
|  |  | 5.1. INDICADOR   | 5.2. RESULTADO (%)   | 5.3. ANALISIS DE RESULTADOS |
| Indicadores de Gestión   |  |  |  | 10%                         |
| Fuente base de información: Registros de la dependencia y monitoreo de la aplicación y resultados de los indicadores de gestión en aplicativo ISOLUCION, carpeta de Medición; informes de actividades de la OMP en su nó de segunda línea de defensa.  |  |  |  |                             |
| DESCRIPCIÓN  | INDICADOR  | RESULTADO (%)  | ANALISIS DE RESULTADOS   |                             |
| <p>Cumplimiento del indicador 2.5 %</p> <p>Criterios de evaluación: 1. Aplicación del indicador de gestión de acuerdo con lo estipulado en su diseño, 2. verificable en registros de la implementación de cada uno de los indicadores de gestión vigentes, 3. de los resultados de sus fórmulas y 4. de su implementación con la periodicidad establecida.</p>   | <p>La OCDI tiene diseñado los siguientes indicadores:</p> <p><b>No. 1490</b> - Porcentaje de procesos disciplinarios sin vencimiento de términos - Medición: Trimestral</p> <p><b>No. 1612</b> - Número de casos donde se presenten alteración, modificación, sustracción, ocultamiento o pérdida de la información de los procesos – Medición: Mensual</p> <p><b>No. 1642</b> - Número de quejas e informes tramitados – Medición: Trimestral</p> | 100%   | <p><b>1490</b> - De acuerdo a los datos reportados en el Sistema de Información Isolucion, para la vigencia correspondiente al 2022, en cada trimestre se relacionó el número de proceso, sin que se hubiera presentado la figura del vencimiento de términos (Primer Trimestre: 192 procesos - Segundo Trimestre: 196 procesos – Tercer Trimestre: 194 procesos – Cuarto Trimestre: 186 procesos), lo anterior, da cuenta que el valor resultante en el indicador se ajusta a la meta propuesta. (100%)</p> <p><b>1612</b> - De acuerdo a los datos reportados en el Sistema de Información Isolucion, para la vigencia correspondiente al 2022, no presentaron situaciones relacionadas con la alteración, modificación, sustracción, ocultamiento o pérdida de información de los procesos, lo anterior, da cuenta que el valor resultante en el indicador se ajusta a la meta propuesta. (100%)</p> <p><b>1642</b> - De acuerdo a los datos reportados en el Sistema de Información Isolucion, para la vigencia correspondiente al 2022, se relacionó lo siguiente: Primer Trimestre (quejas recibidas: 33 - quejas tramitadas: 33); Segundo Trimestre (quejas recibidas: 15 – quejas tramitadas: 15); Tercer Trimestre (quejas recibidas: 30 – quejas tramitadas:30) Cuarto Trimestre (quejas recibidas: 20 – quejas tramitadas: 20), lo anterior da cuenta que el valor resultante en el indicador se ajusta a la meta propuesta. (100%)</p> |                             |
| <p>Implementación de acción correctiva 2.5 % (en caso que si aplique)</p> <p>Criterios de evaluación: Aprovechamiento para el número de casos de no cumplimiento de la meta de referencia establecida en cada indicador, verificando para cuantos de estos se determinó e implementó medida pertinente.</p> <p>Relacionar del total de indicadores, aquellos que no alcanzaron la meta de referencia e identificar para cuales de estos se cumplió con el criterio de implementación de correctivos.</p> <p>Fuente base de información: Registros de la dependencia de aplicación de indicadores de gestión y sus resultados en aplicativo ISOLUCION, carpeta de Medición.</p>   | <p>Determinación de la proporción del total de indicadores del proceso, que cumple con las condiciones mencionadas en el criterio.</p>   | 100%   | <p>Se observó que los tres (3) indicadores están alineados frente a los objetivos del proceso y la frecuencia de su medición permite tomar decisiones oportunas cuando se presenten desviaciones.</p>  |                             |
| Utilidad del Indicador y la medición 5 %   |  |  |  | 10%                         |
| Criterio de evaluación: Indicador establecido adecuado y alineado para controlar objetivos del proceso o parte de estos y/o aspecto relevante de la gestión de la dependencia, y que permita detectar desviaciones y fortalecer acciones para corregirlas y prevenirlas.   |  |  |  |                             |
| Este aspecto se confirma teniendo en consideración la frecuencia de medición realizada por la dependencia.   |  |  |  |                             |
| Fuente base de información: Registros de la dependencia de aplicación de indicadores de gestión y sus resultados en aplicativo ISOLUCION, carpeta de Medición.   |  |  |  |                             |
| Calificación Indicadores de Gestión  |  |  |  | 10%                         |
| Indicador Atención Entes de Control Externo  |  |  |  | 5%                          |
| DESCRIPCIÓN  | INDICADOR (% DE CUMPLIMIENTO)  | ANALISIS DE RESULTADO  |  |                             |
| <p>Indicador Atención Entes de Control Externo</p> <p>Criterio de evaluación: Proporción de las solicitudes respondidas oportunamente respecto al total de las recibidas de responsabilidad de la dependencia procedentes de los entes externos de control.</p> <p>Fuente base de información: Cuadro matriz de seguimiento de respuestas a solicitudes de entes de control externos, Informes de oportunidad atención a requerimientos de entes externos de control de la OCI</p>   | 100%   | <p>Se observó que para la gestión respecto a atención a entes de control, la Oficina de Control Disciplinario Interno durante la vigencia 2022, recibieron nueve (9) solicitudes, las cuales fueron atendidas oportunamente, se establece un cumplimiento equivalente al 100%.</p> |  |                             |
| Calificación Indicador Atención Entes de Control Externo   |  |  |  | 5%                          |
| <b>B. CALIFICACION SISTEMA DE CONTROL INTERNO</b>  |  |  |  | 67%                         |
| <b>CALIFICACION TOTAL VIGENCIA AÑO (A + B)</b>   |  |  |  | <b>95%</b>                  |
| <b>6. EVALUACION DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA GESTIÓN DE LA DEPENDENCIA:</b>  |  |  |  |                             |
| <b>De acuerdo con los resultados de la valoración de los diferentes aspectos considerados la evaluación de la dependencia:</b>   |  |  |  |                             |
| <p>1. <b>Plan Operativo:</b> Las tres (3) metas programadas se cumplieron por parte del proceso para la vigencia correspondiente, de conformidad con la información reportada, las metas guardan relación con los objetivos del proceso, puesto que dos generan valor agregados.</p> <p>2. <b>Gestión de primera línea de defensa:</b> Se observó que el proceso tiene identificado y definidos los riesgos de gestión y de corrupción de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Política de Gestión del Riesgo del IDRD.</p> <p>3. <b>Plan de Mejoramiento Institucional:</b> De acuerdo con el resultado, para la vigencia revisada, el proceso tiene a su cargo acciones (asociadas al tramites del proceso disciplinario) en el plan de mejoramiento externo suscrito con la Veeduría Distrital.</p> <p>4. <b>Mapa de riesgos:</b> Respecto al diseño y efectividad de los controles se observó que se encuentran implementados y son efectivos, lo que permite al proceso tener nivel adecuados de gestión del riesgo y de esta manera disminuir la posibilidad que materialización de los mismos.</p> <p>5. <b>Indicadores:</b> Los resultados de los indicadores cumplen con las metas propuestas.</p> <p>6. <b>Atención a Entes de Control Externo:</b> La atención oportuna a las solicitudes de los entes de control se cumplió dentro de los tiempos establecidos.</p> |  |  |  |                             |
| Así las cosas, de acuerdo con el resultado final de la evaluación <b>95%</b> , ésta presentó una mejora con respecto a la evaluación de la vigencia 2021 (92%); sin embargo, es importante que se tomen medidas correctivas sobre aquellos aspectos que no alcanzaron los resultados esperados   |  |  |  |                             |
| <b>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</b>  |  |  |  |                             |
| <p>1. Analizar las actividades programadas en plan operativo, de tal forma que estén orientadas a generar valor agregado en el marco de sus funciones.</p> <p>2. Mantener las actividades para mejorar el conocimiento de la Política de Administración del riesgo IDRD y su implementación en la elaboración de los mapas de riesgos de Gestión y Corrupción.</p> <p>3. Mantener las actividades y efectividad de los controles del mapa de riesgos y hacer seguimientos periódicos para asegurarse que cumplen con el propósito.</p> <p>4. Mantener las actividades y controles para el cumplimiento de la atención de las solicitudes de entes externos de control dentro de los términos de oportunidad.</p>   |  |  |  |                             |
| <b>8. FECHA: 30 de Enero de 2023</b>   |  |  |  |                             |
| <b>9. FIRMA:</b>   | <p>Revisó y aprobó: Luz Angela Fonseca Ruiz - Jefe Oficina de Control Interno (e)</p> <p>Proyectó: Jhon Alexander Torres Duarte - Profesional Oficina de Control Interno</p>   | <br>  |  |                             |