



IDEAM

Instituto de Hidrología,
Meteorología y
Estudios Ambientales

**INFORME SEGUIMIENTO PQRS
SEGUNDO SEMESTRE JULIO –
DICIEMBRE 2019**

**PROCESO MISIONAL
GESTIÓN A LA ATENCIÓN
AL CIUDADANO**

 <p>IDEAM Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales</p>	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: C-EM-F003
		VERSIÓN: 6
		FECHA: 11/12/2019
		PÁGINA 2 de 36

TABLA DE CONTENIDO

1.	DATOS GENERALES	3
2.	OBJETIVO DE LA AUDITORÍA	3
3.	ALCANCE DE LA AUDITORÍA	4
4.	DECLARATORIA	4
5.	CRITERIOS DE AUDITORÍA	5
6.	METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA AUDITORÍA INTERNA	5
7.	FORTALEZAS	30
8.	HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DETECTADAS	30
9.	CONCLUSIONES	34
10.	EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS	35
11.	HISTORIAL DE CAMBIOS	35

	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: C-EM-F003
		VERSIÓN: 6
		FECHA: 11/12/2019
		PÁGINA 3 de 36

Auditoría N° ISPQRSSS2020-08		
Fecha entrega informe		
Día	Mes	Año
27	04	2020

1. DATOS GENERALES

PROCESO(S) AUDITADO	GESTIÓN A LA ATENCIÓN AL CIUDADANO		
LIDER(ES) DE PROCESO	ANGELA MARÍA DÍAZ	CARGO	COORDINADORA GRUPO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO
AUDITOR LÍDER	CESAR ANDRES CARDONA RINCON.	CARGO	CONTRATISTA OFICINA DE CONTROL INTERNO

OBSERVADORES Y/O ACOMPAÑANTES.	
NOMBRE:	CARGO:
NOMBRE:	CARGO:
NOMBRE:	CARGO:

FECHA DE APERTURA AUDITORÍA	09 / 03 / 2020
FECHA DE CIERRE DE LA AUDITORÍA	03 / 04 / 2020

2. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA

“Realizar seguimiento al trámite que se da a las peticiones, quejas, reclamos y denuncias presentadas ante el Instituto, conforme a la normatividad dispuesta, así como lo estipulado en la Ley de Transparencia, el seguimiento a los Riesgos de Gestión y Corrupción establecidos por el proceso y a los Planes de Mejoramiento que se encuentran en curso”

 <p>IDEAM Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales</p>	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: C-EM-F003
		VERSIÓN: 6
		FECHA: 11/12/2019
		PÁGINA 4 de 36

3. ALCANCE DE LA AUDITORÍA

Periodo comprendido entre el 1° de junio de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019.

1. Verificar el cumplimiento en la aplicación de los Procedimientos/Guías utilizados en el IDEAM para la recepción y respuesta a las PQRS
2. Verificar el trámite dado a las PQRS en términos de oportunidad y efectividad.
3. Realizar seguimiento a las acciones de los Planes de Mejoramiento que a la fecha se encuentran en curso.
4. Realizar seguimiento a los Riesgos de Gestión y Corrupción.
5. Verificar la aplicación de la Resolución 3564 de 2015 en lo que compete al Grupo de Atención al Ciudadano.

4. DECLARATORIA

Esta auditoría fue realizada con base en la consecución y análisis de diferentes muestras aleatorias, seleccionadas por el auditor encargado de llevar a cabo el trabajo de aseguramiento.

Una consecuencia de lo anterior es la presencia del riesgo de muestreo; es decir, el riesgo de que la conclusión basada en la muestra analizada, coincida o no con la conclusión a que se habría llegado en caso de haber evaluado todos los elementos que componen la población; sin embargo, la muestra genera una alerta importante frente a los resultados obtenidos.

Es responsabilidad de cada líder de proceso el suministro y contenido de la información base del análisis del proceso de aseguramiento. La responsabilidad de la Oficina de Control Interno se circunscribe a producir un informe contentivo de los resultados de la auditoría ejecutada; las pruebas, procedimientos y análisis de la auditoría se practican de acuerdo con las normas legales vigentes de auditoría y las políticas y procedimientos formulados para el proceso de Evaluación y Mejoramiento Continuo/Oficina de Control Interno que se encuentran incluidos en el Sistema de Gestión Integrado del instituto.

En caso, de que en el desarrollo de la auditoría se detecten asuntos contemplados y no contemplados en el alcance, criterios y trabajo de campo, que puedan perjudicar el funcionamiento de la Administración Pública o configurar posibles actos de corrupción, la Oficina de Control Interno tiene la obligación y el deber de informarlos a través del presente informe, de acuerdo con lo establecido en los numerales 25 y 26 del Artículo 38 de la Ley 1952 de 2019, el cual determina los deberes de los servidores públicos; de igual forma, el Artículo 231 del Decreto-Ley 019 de 2012, en el que se estipula que el Jefe de la Oficina de Control Interno *“sin perjuicio de las demás obligaciones legales, deberá reportar a los organismos de control los posibles actos de corrupción e irregularidades que haya encontrado en ejercicio de sus funciones”*.

Así mismo, el literal c) del Artículo 2.2.21.4.9 del Decreto 648 de 2017 “informes”, señala que “Los jefes de

	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: C-EM-F003
		VERSIÓN: 6
		FECHA: 11/12/2019
		PÁGINA 5 de 36

Control Interno o quienes haga sus veces deberán presentar los informes que se relacionan a continuación: ... sobre actos de corrupción, directiva presidencial 01 de 2015, o aquella que la modifique, adicione o sustituya...". Complementariamente, el Artículo 67 del Código de Procedimiento Penal, señala que el servidor público que conozca de la comisión de un delito que deba investigarse de oficio, iniciará sin tardanza la investigación si tuviere competencia para ello; en caso contrario, pondrá inmediatamente el hecho en conocimiento ante la entidad competente.

5. CRITERIOS DE AUDITORÍA

- Ley 87 de 1993 - Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones.
- Ley 1712 de 2014 Ley de transparencia (Resolución 3564 de 2015)
- Ley 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (artículo 13 modificado por Ley 1755 de 2015 - Derechos de Petición).
- Ley 1474 de 2011 - Estatuto Anticorrupción, artículo 76. Oficina de Quejas, Sugerencias y Reclamos.
- Decreto 1166 de 2016 -Derecho de petición verbal.
- Resolución IDEAM 2628 de 2016 -Procedimiento interno para peticiones, quejas, reclamos y sugerencias en el IDEAM y se regulan mecanismos para la atención de las peticiones verbales.
- Resolución IDEAM 2821 de 2016 -Por la cual se adopta la política de protección de datos en el IDEAM.
- "Procedimiento de Atención al Ciudadano" código M-AC-P001 Versión 07 Fecha 21-11-2016
- "Guía de diligenciamiento formato ordenado de PQRS" código M-AC-G001 Versión 4 Fecha 01/12/2016
- "Formato de registro ordenado de PQRS" código M-AC-F003 Versión 6 Fecha 01/12/2016
- "Guía Atención Ciudadano" código M-AC-G002 Versión 2 Fecha 15-03-2017

Y las demás normas que sean concordantes, coincidentes y complementarias

6. METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE LA AUDITORÍA INTERNA

6.1. METODOLOGÍA

La Oficina de Control Interno, desarrolló las actividades de seguimiento al Proceso Misional Atención al Ciudadano - PQRS para el II semestre de 2019; en cumplimiento del Estatuto Anticorrupción - Ley 1474 de 2011, artículo 73, del Plan Anual de Auditorías 2019 y demás normas aplicadas al proceso; adicional a lo anterior, debe atender las funciones que le asisten como instancia de evaluación independiente de la gestión de procesos y procedimientos.

El presente informe se elabora con base en la información revisada y analizada, además de lo evidenciado en recorrido de campo.

REUNIÓN DE APERTURA AUDITORÍA INTERNA

Se llevó a cabo la reunión de apertura del proceso de Auditoría, en la Sede Central (Oficina Atención al Ciudadano) el día 09 de marzo de 2020 a las 10:00 a.m., con la participación de la Coordinadora del Grupo y su equipo de trabajo. La lista de asistencia se dejará en la carpeta “papeles de trabajo” de la auditoría Seguimiento PQRS, denominada “lista de asistencia”.

En el curso de la reunión, se dio a conocer el objetivo y alcance de la auditoría interna y se expusieron los criterios y actividades a desarrollar en la ejecución de la misma.

La estructura del presente informe, se realizó de acuerdo al alcance de la auditoría, de tal forma que se incluyen los siguientes puntos en el mismo orden cronológico así:

1. Cumplimiento en la aplicación de los Procedimientos/Guías utilizados en el IDEAM para la recepción y respuesta a las PQRS.
2. Verificar el trámite dado a las PQRS en términos de oportunidad y efectividad.
3. Realizar seguimiento a las acciones de los Planes de Mejoramiento que a la fecha se encuentran en curso.
4. Realizar seguimiento a los Riesgos de Gestión y Corrupción.
5. Verificar la aplicación de la Resolución 3564 de 2015 en lo que compete al Grupo de Atención al Ciudadano.

Durante el análisis de la información de cada uno de los numerales anteriormente relacionados, se evidenció que existen condiciones y criterios que conllevan a un mismo hallazgo, además de las recomendaciones que se dejaran establecidas.

6.2. DESARROLLO DE AUDITORÍA

A. REVISIÓN DE PROCEDIMIENTOS/GUÍAS PARA LA RECEPCIÓN Y RESPUESTA A LAS PQRS.

Para poder determinar el cumplimiento en la aplicación de los procedimientos establecidos en el Proceso de Atención al Ciudadano, se realizó entrevista con el Sr Henry Roza en compañía de la Coordinadora Angela Diaz, con los que se verificó la aplicación del "Procedimiento de Atención al Ciudadano" Código M-AC-P001 Versión 07 Fecha 21-11-2016; el cual define los tiempos para cada una de las solicitudes que llegan al Instituto, según lo contempla la legislación sobre la materia. De igual forma se realizó la revisión de las diferentes formas de recepción de PQRS con las que cuenta el IDEAM (Presencial, Telefónica, Módulo contáctenos, Módulo solicitud de información, correo electrónico y Buzón institucional).

Con relación al módulo contáctenos, se verificó su funcionalidad por medio de una prueba in-situ, con la cual, se determinó que las PQRS se reciben conforme el usuario ingresa sus datos en el aplicativo; de igual forma, se realizó prueba (cliente oculto) por parte del auditor Cesar Cardona a quien se le asignó radicado Orfeo 20209050024662 del día 19/03/2020; al verificar en el sistema Orfeo la solicitud, se redireccionó al área encargada y posteriormente (26/03/2020) se recibió respuesta a dicha solicitud dentro de los términos legales.



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 7 de 36

Para las demás fuentes de información, se revisaron las evidencias de la recepción de las PQRS en la Base de datos con la que cuenta el proceso por medio del Formato "Registro Ordenado para la Gestión de PQRS". Código: M-AC-F003. Versión: 06; en la que se evidenció que tanto las PQRS recibidas verbalmente como por correo electrónico, se redireccionan al sistema Orfeo para luego ser contabilizadas en la base de datos del proceso. En la revisión realizada a la Base de Datos "Formato M-AC-F003", se pudo evidenciar falencias en su diligenciamiento.

CONDICION A1. Se evidencia inconsistencias en el Formato REGISTRO ORDENADO PARA LA GESTIÓN DE PQRS CÓDIGO: M-AC-F003. VERSIÓN: 06, para los radicados 20199050101372 – 20199050101372 – 20199050099742 – 20199050086152 – 20199910113322 – 20199050077832

CRITERIO A1. "Procedimiento Atención al Ciudadano". Código M-AC-P001 Versión de fecha 21/1/2016; ítem 6.1.2., Inciso 7 "Verificar que se haya suministrado la respuesta al ciudadano y actualizar el formato M-AC-F003" y subsiguientes según canal de comunicación.

HALLAZGO 1 A1.

Grupo de Atención al Ciudadano

-Inconsistencias en la Base de Datos de Atención al Ciudadano (Formato: M-AC-F003), en cuanto a duplicidad de información y fechas incompletas o incorrectas.

-Información inexacta en Base de Datos de Atención al Ciudadano (Formato: M-AC-F003), en cuanto a la dependencia que realiza y da la respuesta a la PQRS.

Ahora bien, en la revisión a las PQRS se determinaron inconsistencias con relación al envío de las respuestas a los usuarios, que determina otra causal de incumplimiento en lo relacionado con la revisión de los Procedimientos/Guías para la recepción y respuesta a las PQRS

CONDICION B1. En ORFEO se diligencia el campo DATOS DE ENVÍO y se envía por correo certificado, sin dejar evidencias.

CRITERIO B1. "Procedimiento Administración de las comunicaciones oficiales" Código A-GD-P006 Versión 4 de fecha 18/10/2018; ítem 6.2. Radicación de Comunicaciones Oficiales Despachadas Externas (salida: 1) numeral 2. Como punto de control el procedimiento establece: "A-GD-F017 Formato entrega de documentos en ventanilla de correspondencia, firmado". A su vez indica como responsable de esta actividad: "Profesional de Dirección, Subdirección, Oficina, Secretaría General o Coordinador de Grupo"

HALLAZGO 1. B1.

Gestión Documental

- Falta de evidencia en las respuestas enviadas por correo certificado a los usuarios.



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 8 de 36

Adicionalmente, en el ejercicio de auditoría (Revisión de PQRS II semestre 2019) se evidenció respuestas a PQRS en las que se contemplaba el envío de copias y/o medios magnéticos (CD-DVD) a usuarios, sin realizar el pago por dichos elementos.

CONDICION C1. Se evidencia dentro de algunas respuestas ORFEOS 20199050071722 – 20199050071262 – 20199050054712 – 20199050054702 – 20199050059892 – 20199050059322 – 20199910120612 – 20199910120632 - el envío de CD, DVD o Copias en sobre sellado, sin encontrar el pago del costo asociado por el dispositivo de almacenamiento o copias entregadas al usuario.

CRITERIO C1. Resolución 1316 de 2017 establece los costos de reproducción de los diferentes medios a través de los cuales se suministra información o documentos al público.

HALLAZGO 1. C1

Grupo de Atención al Ciudadano

-Incumplimiento frente al cobro por los medios en los que se da respuesta al usuario (Resolución 1316 de 2017)

Los detalles para cada PQRS revisada en el ejercicio de auditoría se reportan en el anexo 1 al final del informe.

Con respecto al buzón de sugerencias, como otro medio de recepción de información del Instituto, se aportaron evidencias de las actas que cada Área Operativa envía a Atención al Ciudadano con la apertura, dando conformidad a lo establecido en el PROCEDIMIENTO ATENCIÓN AL CIUDADANO. CÓDIGO M-AC-P001. VERSIÓN 7.

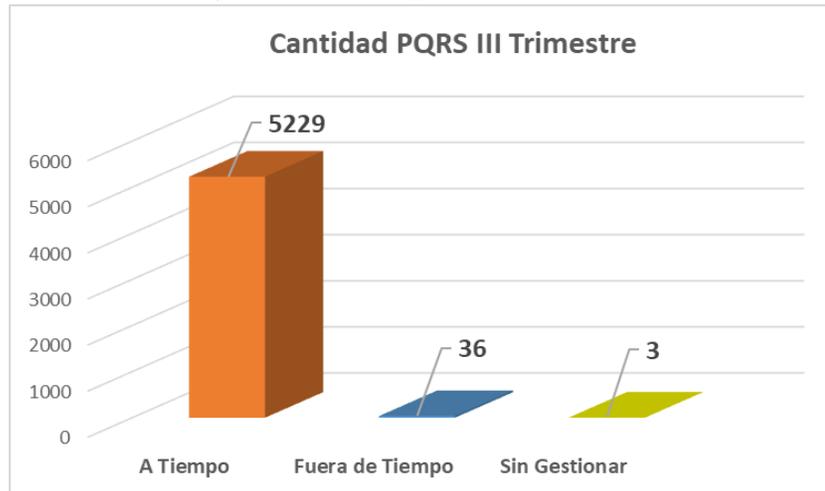
Finalmente, y con relación al documento Guía Atención al Ciudadano Código: M-AC-G002. Versión: 02. Fecha 15-03-2017, se verificó su aplicación con la funcionaria Gloria Linares quien atendió entrevista realizada sobre las diferentes formas de recepción de PQRS y la respuesta otorgada a los usuarios; encontrando conocimientos y experiencia de la funcionaria para dar respuesta a las solicitudes que ingresan al Instituto por los diferentes canales, aplicando los procedimientos establecidos al interior del proceso.

B. REVISIÓN DE SOLICITUDES PRESENTADAS EN EL II SEMESTRE DE 2019.

Para el segundo semestre de 2019, el Grupo de Gestión de la Atención al Ciudadano, publicó en la página web del Instituto (Ley de Transparencia), 2 informes de PQRS, así:

Informe III Trimestre 2019: En la siguiente gráfica se muestra en resumen la cantidad de PQRS que se presentaron en el lapso de julio a septiembre de 2019.

Gráfica 1. Cantidad PQRS III Trimestre 2019

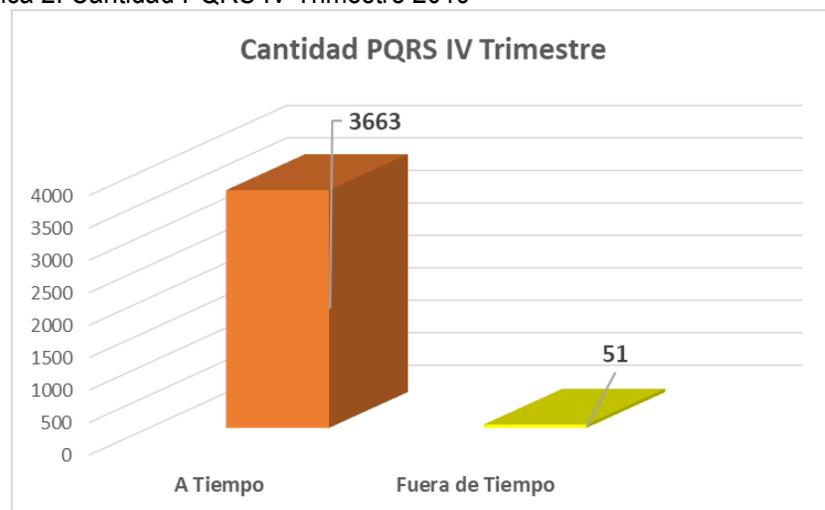


Fuente: Informe PQRS III Trimestre 2019

De la gráfica anterior, se contemplarán para la muestra a analizar, las PQRS fuera de tiempo (36) y sin gestionar (3), que serán discriminadas más adelante. Ahora bien, con relación a las PQRS fuera de términos se presenta un promedio de 23 días de incumplimiento en los tiempos de respuesta para este trimestre.

Informe IV Trimestre 2019: Para el cuarto trimestre se presenta en la gráfica 2, la cantidad de PQRS que se registraron.

Gráfica 2. Cantidad PQRS IV Trimestre 2019



Fuente: Informe PQRS IV Trimestre 2019

Según la anterior gráfica, se tienen 51 PQRS con respuesta fuera de términos para el trimestre IV, que se considerarán para la muestra de auditoría. Para este trimestre, es de 19 días, el promedio que se tiene frente al incumplimiento en los tiempos de respuesta.

Así las cosas, para el segundo semestre de 2019, se tienen 8982 PQRS en total, de las cuales, 90 se encuentran catalogadas en los criterios de: Fuera de tiempo y sin gestionar; ahora bien, para la determinación de la muestra NO fueron tenidas en cuenta aquellas que referían menos de 5 días de incumplimiento en los tiempos de respuesta así:

Tabla 1. PQRS III Trimestre contestadas fuera de término entre 1 y 5 días

Proceso	Solicitudes fuera de términos	Días fuera de término
GRUPO DE CONTABILIDAD	1	3
GRUPO DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	3	1
		4
		4
GRUPO DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS	1	5
GRUPO DE TESORERÍA	1	2
SUBDIRECCIÓN DE ECOSISTEMAS E INFORMACIÓN AMBIENTAL	1	5
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS AMBIENTALES	2	4
		1
SUBDIRECCIÓN DE METEOROLOGÍA	4	3
		3
		1
		1
TOTAL	13	

Fuente: Registro tomado por Auditor

Según la tabla anterior para el trimestre III, NO se tendrán en cuenta 13 PQRS que se encontraban con menos de 5 días fuera de términos, de 7 procesos respectivamente.

Tabla 2. PQRS IV Trimestre contestadas fuera de término entre 1 y 5 días

Proceso	Solicitudes fuera de términos	Días fuera de término
GRUPO DE ADMINISTRACIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO	1	2
OFICINA ASESORA JURÍDICA	3	5
		1
		1
OFICINA DE INFORMÁTICA	1	2
SUBDIRECCIÓN DE ECOSISTEMAS INFORMACIÓN AMBIENTAL	5	2
		3
		5
		5
		1
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS AMBIENTALES	8	5
		3
		5
		3
		2
		3
		4
		3
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS AMBIENTALES	4	5
		4
		1
		1
SUBDIRECCIÓN DE METEOROLOGÍA	6	1
		1
		4
		1
		1
TOTAL	28	

Fuente: Registro tomado por Auditor

Con relación al IV Trimestre, NO se tendrán en cuenta 28 PQRS que se encontraban por debajo de 5 días fuera de tiempo en su respuesta.

Así las cosas, para el III y IV Trimestre de 2019 NO se incluyeron en el análisis 41 PQRS; sin embargo, es de aclarar, que la Resolución 2628 de 2016, artículo 11, establece los términos para resolver las distintas modalidades de peticiones; razón por la cual, a pesar de que en el presente informe no se tienen en cuenta dentro de la muestra aquellas peticiones con cinco o menos días de mora en la respuesta, esto no exime a la Entidad del cumplimiento preciso frente a los tiempos establecidos en la ley.

En conclusión, de las 90 PQRS fuera de términos, se excluyen las 41 con menos de 5 días de mora y se toma una Población de 49 PQRS (N) con más de 6 días de incumplimiento en su respuesta, que se contabilizaron estadísticamente con un margen de error (e) del 6% y un nivel de confianza (Z) del 90% (1.645); al ingresar estas variables en la fórmula para la determinación de muestras finitas tenemos una muestra estadística (n) de 39 PQRS, que se explica a continuación:

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

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

Parámetro	Valor
N	49
Z	90% = 1.645
P	50%
Q	50%
e	6.0%
n	?

Fuente. Guía de Auditoría para Entidades Públicas - Versión 3 - mayo 2018

Nota: A continuación, se describen las consideraciones contempladas para cada uno de los parámetros de cálculo para el muestreo estadístico de una población finita¹:

- Z= Un intervalo de confianza de 90% significa que los resultados de una acción probablemente cubrirán las expectativas el 90% de las veces (Valor recomendado dentro de Guía de Auditoría para Entidades Públicas - Versión 3 - mayo 2018 - Caja de herramientas). La equivalencia del nivel de confianza para la aplicación de la formula corresponde al valor de la distribución normal estándar (1,645)
- p y q = Las variables estadísticas p y q, se toman como 50-50 lo que quiere decir que p=50% y q=50%. Corresponde al % de elementos de la población que se estima cumple / no cumple con el control que se está probando.
- e=Error de muestreo que se acepta cometer (números enteros entre 1% y máximo 10%). El auditor tiene en cuenta que este es el error que se asume en la selección de la muestra. (Valor recomendado dentro de Guía de Auditoría para Entidades Públicas - Versión 3 - mayo 2018 - Caja de herramientas).

¹ Tomado de Guía de Auditoría para Entidades Públicas - Versión 3 - mayo 2018 - Caja de herramientas. 7. Aplicativo de Muestreo. <https://cutt.ly/aytUB1t>



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 13 de 36

Así las cosas, al realizar la revisión de las 39 PQRS, entre las que se incluyen 2 catalogadas como Sin Gestionar en el SGD ORFEO se puede concluir lo siguiente:

CONDICION 2. Se evidencia PQRS con tiempos de respuesta entre 6 y 30 días “fuera de términos” por parte de las personas encargadas de dar el respectivo trámite, adicionalmente se tienen PQRS sin evidencia de respuesta o sin fecha de respuesta en el SGD Orfeo.

CRITERIO 2. Incumplimiento a lo establecido en la Resolución 2628 de 2016 y la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo)

HALLAZGO 2.

Subdirección de Estudios Ambientales - Subdirección de Ecosistemas e Información Ambiental - Subdirección de Meteorología - Subdirección de Hidrología - Grupo de Administración y Desarrollo del Talento Humano - Grupo de Contabilidad

-Debilidad en los tiempos de respuesta a las solicitudes presentadas por los usuarios.

-PQRS sin evidencia de respuesta o sin fecha de respuesta a usuario en ORFEO.

Ahora bien, según la revisión a los Planes de Mejoramiento realizado en la presente Auditoría (que se detallará en el literal C del presente informe), se incluyeron en el presente hallazgo, la Observación 1 de la Auditoría código ISPQRSPS-2018-31 (Incumplimiento a solicitudes tipo judicial, requerimientos vencidos en manos de los funcionarios, reasignaciones incorrectas, envío de respuestas desde correos personales), correspondiente a la Subdirección de Hidrología; además, los Hallazgos H1A3 y H1A5 de la Auditoría código ISPQRSSS 2019-08 (Se evidencia debilidad en las solicitudes revisadas, en cuanto al cumplimiento oportuno a las respuestas), correspondiente a las Subdirecciones de Estudios Ambientales e Hidrología respectivamente, por ser hallazgos reiterativos, vencidos y sin efectividad en las acciones desarrolladas a la fecha.

C. PLANES DE MEJORAMIENTO EN CURSO.

Durante la auditoría se realizó la revisión a los Planes de Mejoramiento que se tienen actualmente en el Proceso de Atención al Ciudadano, de esta forma se verificó los avances frente a las actividades descritas en la formulación de 4 Planes de Mejoramiento.

Desde la Coordinación del Grupo de Atención al Ciudadano y la Subdirección de Hidrología, se recibieron evidencias de actividades referentes a las siguientes auditorías que dieron avance o cierre a los hallazgos en curso así:

Tabla 3. Seguimiento Plan Mejoramiento Auditoría PQRS-ENE-SEPT-2016-26 (Fuera de términos)

HALLAZGO	ACCIÓN	EVIDENCIA	% AVANCE
<p>NC4-A1 El riesgo de gestión “Incumplir los tiempos de respuesta establecidos por la norma”, del proceso Atención al Ciudadano, se ha materializado, en razón a las respuestas por fuera de términos, evidenciadas.</p>	<p>Realizar el tratamiento correspondiente a un riesgo de gestión materializado.</p>	<p>Se aporta evidencias con relación a la implementación de la Matriz de Riesgos del proceso, que según el último corte realizado en noviembre de 2019 se tenía pendiente para el cierre del presente hallazgo; además adjunta evidencias de capacitaciones realizadas los días 3, 4, 10, 11 y 12 de marzo de 2020 con sus respectivos registros fotográficos y 8 memorandos enviados a las dependencias que respondieron solicitudes fuera de término; acciones que se encuentran dentro de los controles de la matriz de riesgos asociadas al riesgo de “Incumplir los tiempos de respuesta establecidos por la norma”.</p>	<p>100%</p>

Fuente. Seguimiento Planes de Mejoramiento

Tabla 4. Seguimiento Plan Mejoramiento Auditoría ISPQRSPT-2019-22 (En términos)

HALLAZGO	ACCIÓN	EVIDENCIA	% AVANCE
<p>H1 Se evidenció que la solicitud 20199050009012 no fue enviada al peticionario mediante correo electrónico y/o cualquier otro medio de comunicación, tal como lo indica el “Procedimiento de Atención al Ciudadano” código M-AC-P001 fecha 21-11-2016; frente a los numeral es 6.1.3 y 6</p>	<p>1.Capacitación realizada 2.Plan Elaborado y socializado (Plan de capacitaciones 2020) 3.Informe de Evaluación (Plan de capacitaciones 2020)</p>	<p>*Con relación a la actividad 1 "Capacitación realizada" en el corte de noviembre de 2019 se presentaron evidencias frente al desarrollo de la misma, se adjuntaron soportes fotográficos, lista de asistencia y acta de reunión realizada con el Grupo de Tesorería, por lo que en su momento se asignó el 33% de avance. *Frente a la actividad número 2 "Plan Elaborado y socializado" la Coordinadora del Grupo de Atención al Ciudadano aporta evidencias dentro de lo que se encuentra correo electrónico dirigido a Edilia Alejandra Pinzón Bobadilla (Coordinadora (E.) de Talento Humano) con copia a Cesar Augusto Tovar Lucuara (Contratista Asesor de la Secretaría General) el día 16 de enero de 2020 con 2 archivos adjuntos referentes a Cronograma de Capacitación y Plan de Capacitaciones, con el fin de que fueran incluidos en el PIC 2020. Frente al tema, se evidencia en la página web del</p>	<p>50%</p>



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 15 de 36

		<p>Instituto, que en el PIC 2020 que se encuentra publicado no se ha incluido, a la fecha, las capacitaciones a realizar desde Atención al Ciudadano; por lo anterior, no se cumple en su totalidad lo correspondiente a la acción formulada, por lo que se recomienda realizar la socialización que dé cumplimiento a la formulación, contemplando algún otro medio (Orfeo, correo electrónico a las dependencias del Instituto etc.). Por lo anterior para esta actividad se asigna 17% de avance</p> <p>* Frente a la actividad 3 no se presentan evidencias desarrolladas a la fecha de revisión.</p> <p>De esta forma la OCI determina un avance del 50%, realizando la sumatoria para la actividad 1 (33%) y la actividad 3 (17%) en las acciones programadas dentro de la formulación del Plan de Mejoramiento.</p>	
<p>H2 Se evidenció que la solicitud 20199050013482 continuo su curso normal; toda vez que fue devuelta por estar algunos de los datos del peticionario incompletos dejándose de observar lo contenido en el "Procedimiento de Atención al Ciudadano" código M-AC-P001 fecha 21-11-2016; en cuanto a "PETICIONES INCOMPLETAS Y CONFUSAS"</p>	<p>1.Documento de tipificación de trámites administrativos. 2.Socialización</p>	<p>En el presente corte (26/03/2020) realizado dentro del alcance de la auditoria al Proceso Misional de Atención al Ciudadano, no se presentaron evidencias relacionadas al hallazgo H2.</p> <p>De esta forma la OCI determina que el porcentaje se mantienen en 25% de avance, según las actividades que se encuentran en la formulación del Plan de Mejoramiento.</p>	<p>25%</p>

Fuente. Seguimiento Planes de Mejoramiento

Tabla 5. Seguimiento Plan Mejoramiento Auditoria ISPQRSPS-2018-31 (Fuera de términos)

HALLAZGO	ACCIÓN	EVIDENCIA	% AVANCE
<p>OBS 1. Subdirección de Hidrología. Incumplimiento a solicitudes judiciales, requerimientos vencidos en manos de los funcionarios, reasignaciones incorrectas, envío de respuestas desde correos personales.</p>	<p>1. Actualizar la Matriz Semáforo para la Subdirección. 2. Informar a funcionario SD respuestas a PQRS por hidrologia@ideam.gov.co. 3. Realizar una reunión con el equipo para manifestar la importancia y obligatoriedad de responder las PQRS en los tiempos indicados.</p>	<p>*La Formulación dividió sus acciones en 3 actividades, para las actividades 1 y 2 al corte del 30/11/2019 se contaba con un avance entre las 2 del 67%.</p> <p>*Para la actividad 3 (la única que se encuentra pendiente a la fecha) se presentan evidencias de fotos y acta de reunión de videoconferencia realizada el día 03/04/2020 con participación de 15 personas de la Subdirección de Hidrología, Meteorología y Servicio al Ciudadano, en la que se trataron entre otros lo relacionado al cumplimiento de los tiempos de respuesta a las PQRS.</p> <p>Se revisó nuevamente la matriz semáforo, encontrando inconsistencias en su diligenciamiento.</p> <p>Para el avance de las acciones propuestas, se evidenció la realización de acciones que no conducen a la mejora en el cumplimiento de los tiempos de respuesta a las PQRS; adicionalmente, para la auditoría II semestre 2019, se evidencia que nuevamente existen PQRS atendidas fuera de tiempo y la matriz de control, no genera las alertas que permitan realizar las revisiones oportunas. Teniendo en cuenta lo anterior y que nuevamente se generará un hallazgo reiterativo en la auditoría mencionada anteriormente, se recomienda a la Subdirección trasladar este hallazgo para formular un nuevo plan de mejoramiento que permita de fondo y de manera concreta la efectividad y cumplimiento de las normas en materia de atención de PQRS vigentes. Así mismo, se recomienda dar atención oportuna a los compromisos establecidos por ustedes, a</p>	<p>67%</p>



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 17 de 36

		<p>fin de dar cumplimiento a los mismos. Complementariamente, se comunica a la Subdirección, que el presente plan, se encuentra vencido desde 31/12/2019; situación esta, que de no ser subsanada, se dará cumplimiento de la Política de Operación, establecida en el procedimiento Gestión de Planes de Mejoramiento CÓDIGO: C-EM-P002, versión 5: "El incumplimiento en la formulación, metas y plazo de ejecución, de los planes de mejoramiento, derivado de las auditorías internas o externas, dará lugar al traslado de dicha situación al Grupo de Control Disciplinario Interno de la entidad para lo de su competencia."</p>	
<p>OBS 2. Subdirección de Hidrología. Las solicitudes 20189050038392, 20189050038662, 20189050038672, 20189050038682 y 20189910073242; fueron contestadas 28, 20, 22, 20 y 32 días después del término. Subd. Hidrología</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar seguimiento semanal a la Matriz Semáforo. 2. Comunicar al funcionario responsable a través memorando las PQRS fuera de término. 3. Informar a la Subdirección el respectivo trámite dada a la PQRS. 	<p>*Para el cierre del presente hallazgo el Subdirector de Hidrología se comprometió en videoconferencia realizada el día 01/04/2020 a entregar evidencias el día 03/04/2020 del desarrollo de las actividades formuladas, sin embargo, dentro de lo que se entregó (acta de reunión e impresiones de pantalla) no se encuentran evidencias que aporten al avance de las actividades formuladas para el presente hallazgo.</p> <p>De esta forma, la Oficina de Control Interno mantiene el 33% de avance reflejado en el seguimiento realizado en noviembre 2019. Se informa a la Subdirección, que el presente plan se encuentra vencido desde 1/11/2019; situación esta, que de no ser subsanada, se dará cumplimiento de la Política de Operación, establecida en el procedimiento Gestión de Planes de Mejoramiento CÓDIGO: C-EM-P002, versión 5: "El incumplimiento en la formulación, metas y plazo de ejecución, de los planes de mejoramiento, derivado de las auditorías internas o externas, dará lugar al traslado de dicha situación al Grupo de Control</p>	<p>33%</p>

Disciplinario Interno de la entidad para lo de su competencia."

Fuente. Seguimiento Planes de Mejoramiento

Tabla 6. Seguimiento Plan Mejoramiento Auditoria ISPQRSSS 2019-08 (Fuera de términos)

AUDITORÍA ISPQRSSS 2019-08			
HALLAZGO	ACCIÓN	EVIDENCIA	% AVANCE
<p>NC2 Se evidencia debilidad en la entrega de la información relacionada con el avance al plan de mejoramiento PQRS-ENE-SEPT-2016-26 de fecha 10-05-2015. Grupo Atención al Ciudadano</p>	<p>1. Realizar 1 mesa de trabajo al interior del grupo SAC para determinar metodología y responsables del seguimiento a las actividades del plan de mejoramiento. 2. Entrega de reporte de avance de plan de mejoramiento en las fechas establecidas. 3. Adoptar la política de tratamiento de riesgo, actualizando los riesgos del proceso y sus controles.</p>	<p>En el presente corte (26/03/2020) realizado dentro del alcance de la auditoría al Proceso Misional de Servicio al Ciudadano, se verificó el avance de las acciones referentes al Hallazgo NC2 encontrando lo siguiente:</p> <p>*La Formulación dividió sus acciones en 3 actividades, para las actividades 1 y 2 al corte del 30/11/2019 se contaba con un avance entre las 2 del 66%.</p> <p>*Para la actividad 3 se evidencia en este seguimiento de auditoría, avance en la actualización de la Matriz de Riesgos del Proceso, que se encuentra publicada en la página web del Instituto, en la que se detallan controles para 3 Riesgos identificados.</p> <p>Según lo anterior la tercera actividad da cumplimiento al 33% restante para las actividades formuladas en el presente hallazgo.</p> <p>De esta forma la OCI determina un avance del 100% en las acciones programadas dentro de la Formulación; además teniendo en cuenta la mejora en la entrega de los compromisos y evidencias.</p>	100%
<p>H1A2. Grupo de Administración y Desarrollo del TH:</p>	<p>1. Efectuar 2 capacitaciones, enmarcadas en el marco general de trámite de PQRS.</p>	<p>Se verificó el avance de las acciones referentes al hallazgo del Grupo de Administración y Desarrollo del Talento Humano, en el que se evidencia capacitaciones del 3, 4, 10, 11 y 12 de marzo de 2020 a integrantes de diferentes dependencias en</p>	100%

<p>Se evidencia debilidad en las solicitudes revisadas, en cuanto al cumplimiento oportuno a las respuestas</p>	<p>2. Realizar una capacitación a cada funcionario o contratista que ingrese a la dependencia.</p>	<p>temas referentes a Protocolo de servicio al ciudadano - Comunicación asertiva - Trámite de PQRS; de igual forma se evidencia capacitación a funcionario nuevo de la dependencia Cristian Camilo Jabonero (Técnico operativo). Cabe resaltar que las evidencias encontradas se cumplieron en fecha extemporánea a las pactadas en la Formulación del Plan de Mejoramiento</p> <p>De esta forma, la Oficina de Control Interno, determina el cumplimiento de las acciones programadas dentro de la formulación. Teniendo en cuenta que la capacitación por si sola, no permite demostrar la efectividad de las acciones y que en la auditoría II semestre 2019, se evidenciaron nuevamente incumplimientos por parte del área de Talento Humano; que si bien, dentro de la materialidad no superan las dos (2) PQRS fuera de tiempo, se recomienda, determinar la efectividad de las acciones con el cumplimiento en tiempo y calidad de las PQRS del proceso de talento humano.</p>	
<p>H1A3. Subdirección Hidrología: Se evidencia debilidad en las solicitudes revisadas, en cuanto al cumplimiento oportuno a las respuestas</p>	<p>Dar aviso de manera personal y, a través de correo electrónico del tiempo oportuno de respuesta</p>	<p>*Para el cierre del presente hallazgo el Subdirector de Hidrología se comprometió en videoconferencia realizada el día 01/04/2020 a entregar evidencias el día 03/04/2020 del desarrollo de las actividades formuladas</p> <p>*Por lo anterior y como evidencia se realizó videoconferencia el día 03/04/2020 con la participación de 15 personas de la Subdirección de Hidrología, Meteorología y Servicio al Ciudadano, en la que se trataron entre otros, lo relacionado al cumplimiento de los tiempos de respuesta a las PQRS.</p> <p>De esta forma se tiene un cumplimiento parcial de la actividad, toda vez que en la formulación se planteó el envío de correo electrónico, para la comunicación</p>	<p>50%</p>



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 20 de 36

a los funcionarios de la Subdirección sobre el tiempo oportuno de respuesta a las PQRS; a la fecha no se aportaron evidencias al respecto.

La OCI determina un avance del 50% en las acciones programadas dentro de la Formulación; toda vez que, la acción propuesta, no condujo a la mejora en el cumplimiento de los tiempos de respuesta a las PQRS. Adicionalmente, se evidenció en la auditoría a PQRS II semestre de 2019, que persisten debilidades frente a las PQRS atendidas fuera de tiempo.

Teniendo en cuenta lo anterior y que nuevamente se generará un hallazgo reiterativo en la auditoría mencionada anteriormente, se recomienda a la Subdirección trasladar este hallazgo para formular, conjuntamente con el nuevo hallazgo, otro plan de mejoramiento que permita de fondo y de manera concreta la efectividad y cumplimiento de las normas en materia de atención de PQRS vigentes. Así mismo, se recomienda dar atención oportuna a los compromisos establecidos por la Subdirección, a fin de dar cumplimiento a los mismos. Complementariamente, se comunica a la Subdirección, que el presente plan, se encuentra vencido desde 31/12/2019; situación esta, que de no ser subsanada, se dará cumplimiento de la Política de Operación, establecida en el procedimiento Gestión de Planes de Mejoramiento CÓDIGO: C-EM-P002, versión 5: "El incumplimiento en la formulación, metas y plazo de ejecución, de los planes de mejoramiento, derivado de las auditorías internas o externas, dará lugar al traslado de dicha situación al Grupo de Control Disciplinario Interno de la entidad para lo de su competencia."

<p>H1A4. Subdirección Meteorología: Se evidencia debilidad en las solicitudes revisadas, en cuanto al cumplimiento oportuno a las respuestas</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborar la Matriz Semáforo para la Subdirección. 2. Realizar una reunión con el equipo para manifestar la importancia y obligatoriedad de responder las PQRS en los tiempos indicados. 3. Realizar seguimiento al cumplimiento de los tiempos 	<p>*Como evidencias se aportó radicado 20192090001143 de noviembre de 2019 con los siguientes documentos que evidencian el desarrollo de 3 actividades:</p> <p>*Para la actividad 1., se aporta la Matriz Semáforo con el consolidado de las PQRS de la Subdirección de Meteorología; sin embargo, se evidencian falencias en su diligenciamiento, toda vez que en la columna de "Fecha de Requerimiento" se tiene el día en el que le llega al funcionario la PQRS, más no el día en el que el usuario la radica; así mismo, en el campo de "Fecha de Resolución del Requerimiento" se tiene el día en que el funcionario de la Subdirección emite la respuesta por Orfeo al Subdirector para VoBo, más no la fecha en la que se da respuesta final al usuario. Se trae como ilustración el radicado 20199910120612 en el que se tiene fecha de radicación de la PQRS el día 21/10/2019, al funcionario le llega el día 29/10/2019 generando respuesta el mismo día, sin embargo, al usuario se le da la respuesta final el día 13/11/2019 por medio de correo certificado con 12 días fuera de término. Por lo anterior se recomienda realizar los ajustes a que dé lugar para poder contar con un seguimiento más riguroso a las fechas de respuesta de las PQRS.</p> <p>*Con relación a la actividad 2., se evidencia socialización con equipo de trabajo de la Subdirección, por medio de acta de reunión de fecha 02/09/2019 y lista de asistencia en la que se realizó seguimiento de las PQRS fuera de término y se tomaron acciones para su reducción, por medio de la implementación de la matriz semáforo; sin embargo, el control no ha sido efectivo a la fecha, como se evidencia en el caso planteado para la actividad 1.</p> <p>*Para la actividad 3., se cuenta con seguimiento al cumplimiento de los tiempos de respuesta de las</p>	<p>66%</p>
---	---	--	------------



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 22 de 36

		<p>PQRS, por medio de correo electrónico de fecha 15/11/2019 emitido por Hugo Saavedra Coordinador de la Subdirección a su grupo de trabajo.</p> <p>De esta forma la OCI determina un avance del 66% en las acciones programadas dentro de la Formulación y se recomienda a la Subdirección tomar medidas con relación a los controles que tiene establecidos ya que no están siendo efectivos; toda vez que la matriz, entre otros aspectos, no genera las alertas oportunas y para el II semestre de 2019, se detectaron nuevamente PQRS extemporáneas. Se recomienda mayor atención al cumplimiento de los planes de mejora a fin de lograr el objetivo de los mismos. Complementariamente, se comunica a la Subdirección, que el presente plan, se encuentra vencido desde 31/12/2019; situación esta, que de no ser subsanada, se dará cumplimiento de la Política de Operación, establecida en el procedimiento Gestión de Planes de Mejoramiento CÓDIGO: C-EM-P002, versión 5: "El incumplimiento en la formulación, metas y plazo de ejecución, de los planes de mejoramiento, derivado de las auditorías internas o externas, dará lugar al traslado de dicha situación al Grupo de Control Disciplinario Interno de la entidad para lo de su competencia."</p>	
<p>H1A5. Subdirección Estudios Ambientales: Se evidencia debilidad en las solicitudes revisadas, en cuanto al cumplimiento oportuno a las</p>	<p>Asistir a las diferentes capacitaciones que desde el grupo de Atención al Ciudadano se programan y que están relacionadas con protocolos de atención al ciudadano.</p>	<p>Se verificó el avance de las acciones referentes al hallazgo de la Subdirección de Estudios Ambientales, en el que se evidencia lo siguiente:</p> <p>*Lista de capacitación con fechas del 3 de marzo de 2020, 4 de marzo de 2020, 10 de marzo de 2020, 11 de marzo de 2020 y 12 de marzo de 2020 en las que participaron un total de 39 personas (funcionarios y contratistas) de la Subdirección de Estudios Ambientales y entre los temas que se trataron están Protocolos de servicio al ciudadano - Comunicación</p>	<p>50%</p>



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 23 de 36

respuestas		<p>asertiva - Trámite de PQRS.</p> <p>Se cumplieron las actividades programadas en fecha extemporánea a la pactada en la Formulación del Plan de Mejoramiento; sin embargo, no se logró la mejora, teniendo en cuenta que las capacitaciones no mostraron efectividad, toda vez que se evidenció que las PQRS para el segundo semestre de 2019 aumentaron en la Subdirección de Estudios Ambientales.</p> <p>Por lo anterior, la Oficina de Control Interno, determina que teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none">* La acción se encuentra vencida desde 2019/06/30.* La auditoría II semestre 2019, evidenció que persiste el incumplimiento en la oportunidad de respuesta de las PQRS.* La acción adelantada (capacitaciones) no evidencia la efectividad en la mejora. <p>Teniendo en cuenta lo anterior y que nuevamente se generará un hallazgo reiterativo en la auditoría mencionada anteriormente, se recomienda a la Subdirección trasladar este hallazgo para formular, conjuntamente con el nuevo, otro plan de mejoramiento que permita de fondo y de manera concreta la efectividad y cumplimiento de las normas en materia de atención de PQRS vigentes. Así mismo, se recomienda dar atención oportuna a los compromisos establecidos por la Subdirección, a fin de dar cumplimiento a los mismos. Complementariamente, se comunica a la Subdirección, que el presente plan, se encuentra vencido desde 30/06/2019; situación esta, que de no ser subsanada, se dará cumplimiento de la Política de Operación, establecida en el procedimiento Gestión de Planes de Mejoramiento CÓDIGO: C-EM-P002, versión 5: "El incumplimiento en la formulación,</p>	
------------	--	--	--



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 24 de 36

		<p>metas y plazo de ejecución, de los planes de mejoramiento, derivado de las auditorías internas o externas, dará lugar al traslado de dicha situación al Grupo de Control Disciplinario Interno de la entidad para lo de su competencia."</p>	
<p>H3 Se evidencia debilidad en la entrega de la información relacionada con el avance al plan de mejoramiento ISPQRSPS-2018-31 de fecha (25-01-2019), el cual tiene abiertas tres (3) oportunidades de mejora</p>	<p>Cumplimiento de las actividades en la fecha establecida en 2019-11-01</p>	<p>Para el cierre del presente hallazgo se debe tener en cuenta el cierre de las 3 Observaciones de la auditoría ISPQRSPS-2018-31 que dieron origen a este Hallazgo, para un mayor entendimiento, a continuación, se realiza un resumen de lo evidenciado:</p> <p>Observación 1: Incumplimiento a solicitudes tipo judicial, requerimientos vencidos en manos de los funcionarios, reasignaciones incorrectas, envío de respuestas desde correos personales</p> <p>Observación 2: Las solicitudes 20189050038392, 20189050038662, 20189050038672, 20189050038682 y 20189910073242; fueron contestadas 28, 20, 22, 20 y 32 días después del término.</p> <p>Observación 3: Para la solicitud 20187050001402 no ha sido cargado el soporte de envío.</p> <p>De lo anterior, a la fecha del presente seguimiento (marzo/abril 2020, realizado en la auditoría del II semestre de 2019) se tiene lo siguiente:</p> <p>*La observación 3 para el corte del 30/05/2019 se cerró al 100% (Equivalente al 33%)</p> <p>Durante la revisión realizada dentro del alcance de la auditoría de seguimiento a PQRS segundo semestre 2019 al Grupo de Servicio al Ciudadano, se aportaron evidencias para las 2 Observaciones que se encuentran abiertas; sin embargo, por ser un hallazgo perteneciente a la Subdirección de Hidrología se consultó al Ing. Omar Vargas quien se comprometió a entregar evidencias del desarrollo de</p>	<p>67%</p>

las actividades formuladas el día 03/04/2020, encontrando que:

*Para la observación 1 se presentaron evidencias (fotos y acta de reunión) atendiendo la actividad relacionada con realizar reunión con el equipo de trabajo para manifestar la obligatoriedad de responder las PQRS por lo que se generó el cierre de dicho hallazgo, equivalente a 33%. Sin embargo, se deja anotación de continuar haciendo seguimiento y tratamiento a esta debilidad.

*Para la Observación 2 no se presentaron avances en la ejecución de las actividades, y se evidencia que la Subdirección continúa presentando inconsistencias frente a los tiempos de respuesta de las PQRS.

Por lo anterior, teniendo la observación 1 y 3 cerradas, se puede determinar para este hallazgo el 67% de avance en el desarrollo de sus actividades. Este hallazgo, se encuentra relacionado con la Observación 1 y 2 del informe de auditoría ISPQRSPS-2018-31.

Fuente. Seguimiento Planes de Mejoramiento

En las tablas 4, 5, 6 y 7 se describen los avances que se evidenciaron en el seguimiento de auditoría, los registros se encuentran en el formato de Seguimiento a Planes de Mejoramiento. Código: C-EM-F006, como anexos al presente informe y en el servidor "M" en la carpeta 2019 – Planes de Mejoramiento y fueron socializados con cada Líder de Proceso involucrado. A continuación, en la tabla 8 se presenta en resumen el porcentaje en el que queda cada hallazgo.

Tabla 7. Resumen estado de hallazgos en curso Proceso Atención al Ciudadano

Auditoría	Hallazgo	Fecha vencimiento	% ultimo corte nov / 2019	% corte auditoría
PQRS-ENE-SEPT-2016-26	NC4-A1	31/12/2017	90%	100%
PQRS - ISPQRSPT-2019-22	H1	25/07/2020	33%	50%
	H2	25/07/2020	25%	25%

ISPQRSPS-2018-31	Observación 1	01/11/2019	67%	Se unifica con nuevo Hallazgo
	Observación 2	01/11/2019	33%	33%
ISPQRSSS 2019-08	NC2	30/11/2019	66%	100%
	H1A2	31/12/2019	0%	100%
	H1A3	31/12/2019	0%	Se unifica con nuevo Hallazgo
	H1A4	31/12/2019	0%	66%
	H1A5	30/06/2019	0%	Se unifica con nuevo Hallazgo
	H3	01/11/2019	0%	67%

Fuente. Auditor

Finalmente, y para el ejercicio de auditoría se pudo evidenciar avances en algunos de los hallazgos de auditoría vigentes; sin embargo, se **recomienda** a los líderes de proceso aportar las evidencias de las actividades que se tienen vencidas en el próximo corte (mayo 2020), tal es el caso de las auditorías ISPQRSPS-2018-31 y ISPQRSSS 2019-08, ya que el Procedimiento de Gestión de Planes de Mejoramiento CÓDIGO: C-EM-P002, en sus políticas de Operación contempla las causales de incumplimiento y las posibles consecuencias que esto acarrearía, cito textualmente *“El incumplimiento en la formulación, metas y plazo de ejecución, de los planes de mejoramiento, derivado de las auditorías internas o externas, dará lugar al traslado de dicha situación al Grupo de Control Disciplinario Interno de la entidad para lo de su competencia”*.

D. SEGUIMIENTO MATRIZ DE RIESGOS DEL PROCESO.

Frente a este punto del alcance de auditoría, se consultó la página web del Instituto², a fin de evidenciar la Matriz de Riesgos CODIGO: E-SGI-F006. VERSION: 6. FECHA: 19/11/2019, para el proceso de Atención al Ciudadano; la cual, registra la identificación de 3 tipos de riesgos; así:

Cumplimiento: Este riesgo está valorado como extremo dentro del Proceso y hace referencia al incumplimiento de los tiempos de respuesta establecidos por la legislación, por lo que desde el Proceso de Atención al Ciudadano se están implementando controles relacionados con:

✓ Seguimiento mensual a las PQRS por medio de formato M-AC-F012, verificando el cargue en el sistema de

² IDEAM Matriz de Riesgos <https://cutt.ly/Ft6JOBK>



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 27 de 36

gestión documental ORFEO de la evidencia de respuesta a las PQRS

✓ Realizar talleres o capacitaciones y evaluación de estos ejercicios, sobre temas de normatividad asociada a PQRS.

✓ Requerir de manera trimestral, por medio de memorando a las dependencias en las que se haya materializado el riesgo.

✓ Realizar mesa de trabajo de manera trimestral, con las dependencias en las que se haya materializado el riesgo para proponer y ejecutar acciones puntuales, a las debilidades que ocasionen los incumplimientos.

Estos controles cuentan con una periodicidad y evidencias según lo establece la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, en su versión 4, que fueron revisadas durante la auditoría, (formatos, memorandos, listas de chequeo y actas de reunión); sin embargo, se pudo establecer que, aunque el Proceso implementa diferentes estrategias (controles) en búsqueda de reducir la materialización del presente riesgo, no se han tenido los resultados esperados, toda vez que, son los demás procesos del Instituto quienes están incumpliendo los tiempos de respuestas de las PQRS, sin que se asuma dicha situación como un riesgo propio, es por esto y teniendo en cuenta las condiciones actuales (90 PQRS fuera de tiempo en el segundo semestre de 2019) que se deja como **observación** esta situación, de tal forma que se busque compartir el Riesgo, es decir, involucrar a todas las dependencias del IDEAM, para que asuman como Riesgo el incumplimiento en el tiempo de respuesta a las PQRS e implementen los controles necesarios desde cada Proceso.

CONDICIÓN A1: Para el segundo semestre de 2019 de las 90 PQRS fuera de términos, 65 corresponden a las 4 Subdirecciones del Instituto (Subdirección de Estudios Ambientales - Subdirección de Ecosistemas e Información Ambiental - Subdirección de Meteorología - Subdirección de Hidrología) sin que se contemple como un Riesgo dicha situación.

CRITERIO A1: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 4. 2018.

OBSERVACIÓN 1. A1:

Subdirección de Estudios Ambientales - Subdirección de Ecosistemas e Información Ambiental - Subdirección de Meteorología - Subdirección de Hidrología

No se cuenta con la identificación del Riesgo de Incumplimiento frente a los tiempos de respuesta de las PQRS, en las Subdirecciones del IDEAM.

Ahora bien, con relación a la tipología referente a "Corrupción" cuyo Riesgo está asociado a "Solicitar o aceptar pagos o cualquier otra clase de beneficio para agilizar la entrega de información" con una valoración media, se pudo establecer que en el periodo del alcance de auditoría no se ha materializado, según información de la Coordinadora del Grupo y lo evidenciado en la Base de Datos de PQRS, ya que en el segundo semestre de 2019 no se presentaron quejas y/o reclamos frente a funcionarios del Grupo.



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 28 de 36

Para el último Riesgo identificado en el Proceso “Atención inadecuada al ciudadano” que se encuentra bajo la tipología de “Estratégico” se pudo evidenciar que las consecuencias descritas en la Matriz de Riesgos, entre las que se encuentran quejas, reclamos e investigaciones disciplinarias, no se han materializado para funcionarios del Grupo de Atención al Ciudadano. Finalmente se pudo evidenciar para estos 2 últimos riesgos la aplicación efectiva de los controles establecidos en la matriz.

Por otra parte, en la revisión realizada dentro del alcance de la auditoría, no se evidenció la identificación de Riesgos con relación a *Seguridad Digital*, teniendo presente que el Grupo tiene a su cargo el proceso, desde la recepción de las PQRS por los diferentes canales de comunicación (entre los que se encuentran medios digitales como Correo electrónico y el Módulo contáctenos), hasta la respuesta al usuario, a través de dichos canales y los demás estipulados por el Instituto; además y en concordancia con el radicado 20201030000453 de Asunto “Seguimiento de la Matriz de Riesgos 2020”, dirigido a la Dirección General con copia a los Líderes de Proceso en el que se dan observaciones frente al tema, se deja como **Observación** esta situación, con el objeto de incluir dentro de la Matriz, la identificación de Riesgos en cuanto al componente de Seguridad Digital, de tal forma que se haga énfasis en los canales de comunicación que usa el Grupo y el IDEAM para la recepción y respuesta de las PQRS.

CONDICIÓN B1: El Proceso de Atención al Ciudadano realiza la recepción de las PQRS por diferentes canales de comunicación entre los que se encuentra correo electrónico y Pagina web (Modulo contáctenos), de igual forma genera la respuesta por canales digitales, sin que a la fecha se tenga identificado un Riesgo con relación a la seguridad Digital.

CRITERIO B1: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 4. 2018.

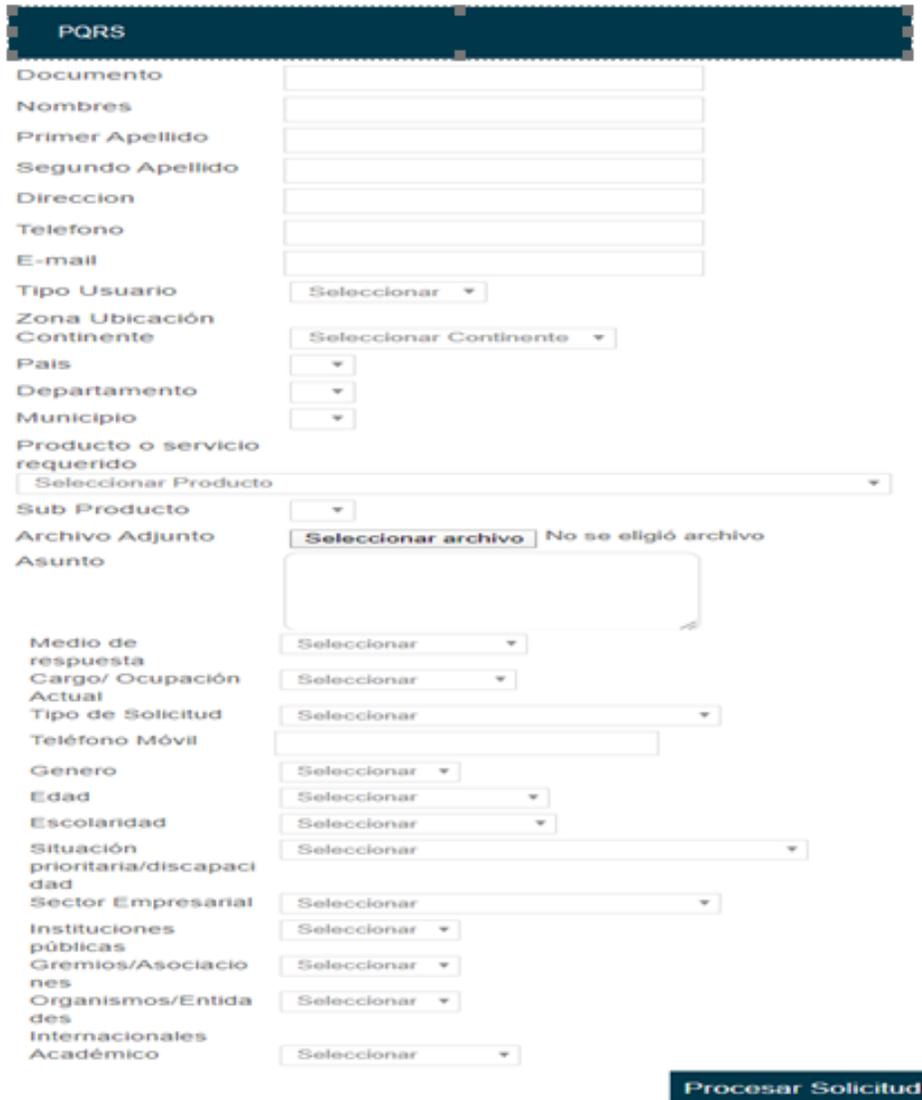
OBSERVACIÓN 1. B1: Grupo de Atención al ciudadano

No se evidencia la identificación del Riesgo en el componente de Seguridad Digital para el Proceso.

E. APLICACIÓN RESOLUCIÓN 3564 DE 2015

Finalmente, en el alcance de la auditoría se contempló el seguimiento frente a la aplicación de la Resolución 3564 de 2015 por parte del Grupo de Atención al Ciudadano, de esta forma se realizó la revisión de la página web del Instituto en el link de Atención al Ciudadano (Radique aquí su PQRS) imagen 1, encontrando lo siguiente:

Imagen 1 Formulario Radicación PQRS IDEAM



PQRS

Documento

Nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Dirección

Teléfono

E-mail

Tipo Usuario

Zona Ubicación

Continente

Pais

Departamento

Municipio

Producto o servicio requerido

Sub Producto

Archivo Adjunto No se eligió archivo

Asunto

Medio de respuesta

Cargo/ Ocupación Actual

Tipo de Solicitud

Teléfono Móvil

Genero

Edad

Escolaridad

Situación prioritaria/discapacidad

Sector Empresarial

Instituciones públicas

Gremios/Asociaciones

Organismos/Entidades Internacionales

Académico

Procesar Solicitud

Fuente Pagina web IDEAM

Al realizar la verificación de los campos que la Resolución 3564 de 2015 determina debe contener los formularios para la radicación de PQRS, se pudo evidenciar que existen ítems que no se contemplan en el formato contenido en la página web del IDEAM, tales como:

- Validación de los campos
- Tipo de solicitante
- Tipo de identificación
- Razón Social
- NIT
- Teléfono móvil

	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: C-EM-F003
		VERSIÓN: 6
		FECHA: 11/12/2019
		PÁGINA 30 de 36

<ul style="list-style-type: none"> ●Número de identificación ●Información sobre posibles costos asociados a la respuesta 	<ul style="list-style-type: none"> ●Segundo Nombre (opcional)
<p>Durante la auditoría se pudo evidenciar debilidades en el Formulario de radicación de PQRS, de igual forma y como se reportó por medio del informe de seguimiento al cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 (Publicación de información en página web institucional - N° - ISMCLEY1712-2020-08.) de fecha 07/04/2020 con Radicado Orfeo 20201030000803, se evidenció duplicidad de información e información desactualizada en el Módulo de Servicio al Ciudadano, por lo que se recomienda realizar los ajustes al Formulario, toda vez que no se encuentra conforme con lo establecido en la Resolución 3564/2015; al igual que realizar la revisión de la información que corresponde al proceso y establecer mecanismos de control para el funcionamiento adecuado del link y así dar cumplimiento a la Ley 1712 de 2014 y demás normas en concordancia sobre la materia.</p>	

7. FORTALEZAS

En el proceso de auditoría, fueron detectadas las siguientes fortalezas:

Dentro de las fortalezas encontradas, podemos mencionar:
1. Alto compromiso y excelente labor de los miembros del Grupo de Atención al Ciudadano.
2. Experiencia y conocimiento del Proceso de Atención al Ciudadano.
3. Se resalta la gestión realizada por parte del Grupo en la búsqueda del cumplimiento normativo, con el fin de dar respuesta a los usuarios de manera oportuna.

8. HALLAZGOS Y OBSERVACIONES DETECTADAS

H/NC	OBS	DESCRIPCIÓN (Debe contener criterio afectado)	RECOMENDACIONES
X		<p>HALLAZGO 1 A1. Grupo de Atención al Ciudadano</p> <p>-Inconsistencias en la Base de Datos de Atención al Ciudadano (Formato: M-AC-F003), en cuanto a duplicidad de información y fechas incompletas o incorrectas. -Información inexacta en Base de Datos de Atención al Ciudadano (Formato: M-AC-F003), en cuanto a la dependencia que realiza y da la respuesta a la PQRS.</p> <p>CONDICION A1. Se evidencia inconsistencias en el Formato</p>	<p>Realizar los ajustes correspondientes a los documentos (Procedimiento y Resolución) al igual que tomar las medidas respectivas frente a los tiempos de respuesta de las PQRS de los usuarios, para así dar cumplimiento a la legislación</p>



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 31 de 36

H/NC	OBS	DESCRIPCIÓN (Debe contener criterio afectado)	RECOMENDACIONES
		<p>REGISTRO ORDENADO PARA LA GESTIÓN DE PQRS CÓDIGO: M-AC-F003. VERSIÓN: 06, para los radicados 20199050101372 – 20199050101372 – 20199050099742 – 20199050086152 – 20199910113322 – 20199050077832</p> <p>CRITERIO A1. “Procedimiento Atención al Ciudadano”. Código M-AC-P001 Versión de fecha 21/1/2016; ítem 6.1.2., Inciso 7 “Verificar que se haya suministrado la respuesta al ciudadano y actualizar el formato M-AC-F003” y subsiguientes según canal de comunicación.</p> <p>HALLAZGO 1. B1. Gestión Documental</p> <p>- Falta de evidencia en las respuestas enviadas por correo certificado a los usuarios.</p> <p>CONDICION B1. En ORFEO se diligencia el campo DATOS DE ENVÍO y se envía por correo certificado, sin dejar evidencias.</p> <p>CRITERIO B1. “Procedimiento Administración de las comunicaciones oficiales” Código A-GD-P006 Versión 4 de fecha 18/10/2018; ítem 6.2. Radicación de Comunicaciones Oficiales Despachadas Externas (salida: 1) numeral 2. Como punto de control el procedimiento establece: “A-GD-F017 Formato entrega de documentos en ventanilla de correspondencia, firmado”. A su vez indica como responsable de esta actividad: “Profesional de Dirección, Subdirección, Oficina, Secretaría General o Coordinador de Grupo”</p> <p>HALLAZGO 1. C1. Grupo de Atención al Ciudadano</p> <p>-Incumplimiento frente al cobro por los medios en los que se da respuesta al usuario (Resolución 1316 de 2017)</p> <p>CONDICION C1. Se evidencia dentro de algunas respuestas ORFEOS 20199050071722 – 20199050071262 –</p>	<p>colombiana.</p>

H/NC	OBS	DESCRIPCIÓN (Debe contener criterio afectado)	RECOMENDACIONES
		<p>20199050054712 – 20199050054702 – 20199050059892 – 20199050059322 – 20199910120612 – 20199910120632 - el envío de CD, DVD o Copias en sobre sellado, sin encontrar el pago del costo asociado por el dispositivo de almacenamiento o copias entregadas al usuario.</p> <p>CRITERIO C1. Resolución 1316 de 2017 establece los costos de reproducción de los diferentes medios a través de los cuales se suministra información o documentos al público.</p>	
X		<p>HALLAZGO 2. Subdirección de Estudios Ambientales - Subdirección de Ecosistemas e Información Ambiental - Subdirección de Meteorología - Subdirección de Hidrología - Grupo de Administración y Desarrollo del Talento Humano - Grupo de Contabilidad</p> <p>-Debilidad en los tiempos de respuesta a las solicitudes presentadas por los usuarios. -PQRS sin evidencia de respuesta o sin fecha de respuesta a usuario en ORFEO.</p> <p>Los siguientes Hallazgos hacen parte del Hallazgo 2 por ser reiterativos, vencidos y sin efectividad en las acciones desarrolladas, y deberán ser formulados conjuntamente.</p> <p>Auditoría: ISPQRSPS-2018-31: Observación 1. Incumplimiento a solicitudes tipo judicial, requerimientos vencidos en manos de los funcionarios, reasignaciones incorrectas, envío de respuestas desde correos personales. Proceso responsable: Subdirección de Hidrología</p> <p>Auditoría: ISPQRSSS 2019-08 Hallazgo: H1A3 y H1A5: Se evidencia debilidad en las solicitudes revisadas, en cuanto al cumplimiento oportuno a las respuestas. Procesos responsables: Estudios Ambientales,</p>	



FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA

CÓDIGO: C-EM-F003

VERSIÓN: 6

FECHA: 11/12/2019

PÁGINA 33 de 36

H/NC	OBS	DESCRIPCIÓN (Debe contener criterio afectado)	RECOMENDACIONES
		<p>Subdirección de Hidrología</p> <p>CONDICION 2. Se evidencia PQRS con tiempos de respuesta entre 6 y 30 días “fuera de términos” por parte de las personas encargadas de dar el respectivo trámite, adicionalmente se tienen PQRS sin evidencia de respuesta o sin fecha de respuesta en el SGD Orfeo.</p> <p>CRITERIO 2. Incumplimiento a lo establecido en la Resolución 2628 de 2016 y la Ley 1437 de 2011 (Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo)</p>	
	X	<p><u>OBSERVACIÓN 1. A1:</u> Subdirección de Estudios Ambientales - Subdirección de Ecosistemas e Información Ambiental - Subdirección de Meteorología - Subdirección de Hidrología</p> <p>No se cuenta con la identificación del Riesgo de Incumplimiento frente a los tiempos de respuesta de las PQRS, en las Subdirecciones del IDEAM.</p> <p>CONDICIÓN A1: Para el segundo semestre de 2019 de las 90 PQRS fuera de términos, 65 corresponden a las 4 Subdirecciones del Instituto (Subdirección de Estudios Ambientales - Subdirección de Ecosistemas e Información Ambiental - Subdirección de Meteorología - Subdirección de Hidrología) sin que se contemple como un Riesgo dicha situación.</p> <p>CRITERIO A1: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 4. 2018.</p> <p><u>OBSERVACIÓN 1. B1:</u> Grupo de Atención al Ciudadano</p> <p>No se evidencia la identificación del Riesgo en el componente de Seguridad Digital para el Proceso.</p>	<p>Realizar ajustes a la Matriz de Riesgos de los Procesos, de tal forma se contemplen Riesgos frente a los tiempos de respuesta a las PQRS.</p> <p>De igual forma incluir el Riesgo de Seguridad Digital en el Proceso de Atención al Ciudadano</p>

	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: C-EM-F003
		VERSIÓN: 6
		FECHA: 11/12/2019
		PÁGINA 34 de 36

H/NC	OBS	DESCRIPCIÓN (Debe contener criterio afectado)	RECOMENDACIONES
		<p>CONDICIÓN B1: El Proceso de Atención al Ciudadano realiza la recepción de las PQRS por diferentes canales de comunicación entre los que se encuentra correo electrónico y Pagina web (Modulo contáctenos), de igual forma genera la respuesta por canales digitales, sin que a la fecha se tenga identificado un Riesgo con relación a la seguridad Digital.</p> <p>CRITERIO B1: Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas, Versión 4. 2018.</p>	

Notas:

- Para las auditorías de gestión, el Hallazgo (H) corresponde al incumplimiento de un criterio.
- Para las auditorías de calidad el incumplimiento de un criterio, se determinará como una No Conformidad (NC).
- Tanto los Hallazgos como las No Conformidades y las Observaciones (OBS) identificadas requieren Plan de Mejoramiento.

Se invita al líder del proceso, tener en cuenta, para la mejora, las recomendaciones dadas en el desarrollo del presente informe y que no hacen parte de los hallazgos descritos.

9. CONCLUSIONES

1. No se cuenta con el cargue de la evidencia para las respuestas a las PQRS enviadas por correo certificado.
2. No se está dando cumplimiento a la Resolución 1316/2017 (costos de reproducción de los diferentes medios a través de los cuales se suministra información o documentos al público), de tal forma que se faciliten los mecanismos para el usuario y se consideren los requisitos de la Ley Antitrámites.
3. Se presentan inconsistencias en la Base de Datos del Grupo de Atención al Ciudadano con relación a duplicidad de información, fechas incorrectas, dependencia que da respuesta incorrecta
4. No se contempla en la Matriz de Riesgos lo referente al Riesgo de Seguridad Digital en el Proceso
5. Los Procesos no cuentan con un Riesgo asociado al incumplimiento de las PQRS
6. Se presentan inconsistencias en el Formulario de radicación de PQRS de la página Web del Instituto, ya que no cumple con lo establecido en la Resolución 3564 de 2015 (Min TIC). De igual forma se encontró duplicidad de información e información desactualizada en el link de Servicio al Ciudadano

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICAR ESTE INFORME:

	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: C-EM-F003
		VERSIÓN: 6
		FECHA: 11/12/2019
		PÁGINA 35 de 36

En cumplimiento del párrafo 1° del Artículo 2.2.21.4.7 del Decreto 648 de 2017 “Relación administrativa y estratégica del Jefe de Control Interno o quien haga sus veces”, el presente informe tendrá como destinatario principal al representante legal del Instituto y al líder del proceso auditado. A través del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, se dará a conocer los resultados de las auditorías a los miembros de esta instancia.

Así mismo y en cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, este informe se publicará en la página web del Instituto-Ley de Transparencia.

Nombre completo	Responsabilidad	Firma
Nombre: Cesar Andrés Cardona Rincón Cargo: Contratista Oficina Control Interno	Auditor Líder	
Nombre: Angela María Díaz Cargo: Coordinadora Grupo Atención al Ciudadano	Líder del Proceso - Auditado	

10. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

N/A

11. HISTORIAL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN
1	30/10/2012	Creación del documento
2	19/11/2014	Revisión y ajustes identificados en el desarrollo de la autoevaluación del proceso.
3	05/12/2014	Revisión y ajustes identificados en el desarrollo de la autoevaluación del proceso.
4	27/04/2015	Revisión y ajustes identificados en el desarrollo de la autoevaluación del proceso, en donde se suprime el ítem de recomendaciones.
5	29/09/2017	Revisión y ajustes identificados en el desarrollo de la autoevaluación del proceso.
6	11/12/2019	Revisión y ajustes identificados en el desarrollo de la autoevaluación del proceso.

	FORMATO INFORME DE AUDITORÍA INTERNA	CÓDIGO: C-EM-F003
		VERSIÓN: 6
		FECHA: 11/12/2019
		PÁGINA 36 de 36

ELABORÓ:	REVISÓ:	APROBÓ:
MÓNICA ROCÍO CASTRO SÁNCHEZ PROFESIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO JAIME HUMBERTO LA ROTTA PROFESIONAL OFICINA DE CONTROL INTERNO	MARÍA EUGENIA PATIÑO JURADO JEFE OFICINA CONTROL INTERNO	MARÍA EUGENIA PATIÑO JURADO JEFE OFICINA CONTROL INTERNO