

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO - LEY 1474 DE 2011

Jefe de Control Interno, o quien haga sus veces:	Ing. Diana Fernanda Chaves Alvarado Jefe oficina de control interno	Período evaluado: Del 1° Marzo a Junio 30 de 2018
		Fecha de elaboración: 12 de julio de 2018.

ANTECEDENTES

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 9 de la Ley 1474 de 2011, a continuación se presenta el informe del estado del Sistema de Control Interno del Club Militar, en los dos módulos y el eje transversal del Modelo Estándar de Control Interno-MECI-2014, previstos en el Manual Técnico adoptado por el Decreto 943 del 21 de mayo de 2014.

EVALUACIÓN AL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

En desarrollo del Decreto 1499 de 2017 mediante el cual se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose un solo Sistema de Gestión, y este a su vez se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993, se estructura el Modelo Integrado de Planeación y Gestión —MIPG, el cual permite a todas las entidades del estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar su desempeño, bajo criterios de calidad, cumpliendo su misión y buscando la satisfacción de los ciudadanos.

Toda vez que el Modelo Estándar de Control Interno- MECI continúa siendo la herramienta de operación del Sistema de Control Interno (cuya estructura se actualiza en articulación con el MIPG) se presenta el estado del Sistema de Control Interno siguiendo los lineamientos de la séptima dimensión.

Antes de proceder con la exposición de los resultados de los cinco componentes en los que se estructura el MECI, es importante presentar el Informe de Gestión y Desempeño Institucional emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública- DAFP, el cual presentó los resultados consolidados de las evaluaciones realizadas por la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno al Sistema de Gestión Institucional a través de aplicativo FURAG en el mes de noviembre de 2017, línea base de calificación para proyectar los compromisos en la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG

A continuación se presenta de forma resumida los resultados alcanzados:

Índice de Desempeño Institucional

Puntaje Entidad	Valores de Referencia					
	Puntaje máximo grupo par	Quintiles				
		1	2	3	4	5
59,2	82,2	59,2				

PUNTAJE ENTIDAD POR DIMENSIÓN

Talento Humano	Direccionamiento estratégico	Gestión resultado con valores	Evaluación de resultados	Información y comunicación	Gestión del conocimiento	Control interno
55,5 Quintil 1	60,5 Quintil 1	57,9 Quintil 1	53,4 Quintil 1	61,7 Quintil 1	54,4 Quintil 1	59,8 Quintil 1

Fuente: Informe de gestión y desempeño institucional emitido por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP)

Carrera 50 No. 15-20 Bogotá D.C - Pbx: 2905077 / 4176808 - Fax: 2610005 - direccion@clubmilitar.gov.co

www.clubmilitar.gov.co



Lo anterior, permite concluir que evaluadas las siete (7) dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, y la aplicación de las diferentes políticas que integran el modelo, el **índice de desempeño institucional corresponde a 59.2** puntos; la ubicación de la entidad de acuerdo con el puntaje obtenido corresponde al primer quintil, es decir que el desempeño alcanzado indica que la entidad se posiciona dentro del **20% de los puntajes más bajos** del grupo par.

RESULTADOS COMPONENTES DE LA ESTRUCTURA DEL MECI

- I. **AMBIENTE DE CONTROL.** En primer lugar, la entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. Al respecto se observa:
- La entidad cuenta con un código de ética, al igual que unos principios y valores los cuales no han sido actualizados, de tal forma que se incluyan conflictos de interés, transacciones con partes relacionadas, uso inadecuado de información privilegiada y otros estándares éticos y de comportamiento esperados que pueden implicar riesgos para la entidad.
 - Mediante la Resolución 000011 del 18 de enero de 2018 “por la cual se modifica la conformación y funcionamiento del Comité Institucional de Control Interno del Club Militar y se dictan otras disposiciones” se establece el mecanismo para ejercer una adecuada supervisión del Sistema de Control Interno (de acuerdo con lo previsto en el Artículo 2.2.21.1.6 del Decreto 1083 de 2015, modificado por el Decreto 648 de 2017).
 - A través de la Resolución 652 del 16 de junio de 2017 “por la cual se crean y organizan los grupos interno de trabajo y se establecen sus funciones”, el Club Militar establece la estructura, facultades y responsabilidades, con el fin de asignar la responsabilidad y autoridad en todos los niveles organizacionales, incluyendo líneas de reporte, sin embargo, en esta resolución no se establecen claramente las funciones y responsabilidades que le atañen a cada una de las secciones o áreas que comprenden los grupos interno de trabajo.
 - Persisten las debilidades del componente de planeación estratégica en relación con la evaluación del sistema de control interno de marzo de 2017, toda vez que no se tiene claramente establecido en el plan de acción anual y el en plan estratégico institucional los responsables, las metas y el tiempos, de tal forma que facilite el seguimiento y aplicación de controles que garanticen de forma razonable su cumplimiento de los objetivos institucionales.

Entre las debilidades que persisten se encuentran las siguientes:

- Los procesos de planeación no son socializados a todos los funcionarios de la entidad, con el fin de lograr que todos tengan claridad sobre las metas, proyectos y programas que desarrolla la entidad, y como aportan a su cumplimiento de manera individual.
- A pesar que en todos los procesos se han formulado indicadores, algunos de estos presentan deficiencias en su formulación y seguimiento; especialmente en la toma de acciones o decisiones frente al análisis de los resultados. Así mismo se observa que los indicadores con los que cuenta la entidad no están alineados con los objetivos del plan estratégico de la entidad.
- El modelo de operación por procesos, no se encuentra alineado con la estructura organizacional, lo cual dificulta dar cumplimiento a los objetivos formulados.
- Se subutiliza la herramienta gerencial adquirida por la entidad (Suite Visión Empresarial) para el monitorear en tiempo real la gestión, toda vez que no se efectúa el respectivo cargue de los planes de acción, los indicadores de gestión, los

planes de mejoramiento, los mapas de riesgos, los procesos, entre elementos que soportan el Sistema integrado de Gestión institucional.

- No están claramente definidas las políticas de operación por procesos, las cuales deberían servir como guías de acción para la ejecución adecuada de las actividades descritas en cada una de ellos.
- La estructura del plan de acción anual de la entidad no establece la determinación y asignación de las tareas, plazos de ejecución y el calcula del uso de los recursos, como tampoco integra la participación de los procesos y las metas a lograr.
- A la fecha de corte del presente informe, se evidencia que la entidad no ha establecido el Plan de acción para la presente vigencia, con los respectivos objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, con la correspondiente alineación con el plan de adquisiciones y la distribución presupuestal.

Cabe resaltar, que en el marco de MIPG, el plan de acción institucional se constituye en un mecanismo de articulación, entre la planeación estratégica y la planeación operativa de los procesos, por lo tanto en la elaboración de tal instrumento se deben tener en cuenta los principios generales de autonomía, ordenación de competencias, coordinación, consistencia, prioridad del gasto público, continuidad, participación, desarrollo armónico, proceso de planeación eficaces, eficiencia y efectivos, al igual que la viabilidad y coherencia, así como las disposiciones constitucionales y legales pertinentes.

Así mismo, es importante que en la elaboración del Plan de acción de la entidad se dé cumplimiento al Decreto 612 de 2018, "Por el cual se fijan directrices para la integración de los planes instituciones y estratégicos al plan de acción por parte de las entidades del estado", desarrollando así en un solo instrumento la planeación de las políticas de gestión y desempeño institucional.

A continuación relaciono los planes que se deben integrar en el plan de acción de la entidad:

1. Plan institucional de archivo de la entidad – PINAR
 2. Plan anual de adquisiciones
 3. Plan anual de vacantes
 4. Plan de prevención de recursos humanos
 5. Plan estratégico de talento humano
 6. Plan institucional de capacitación
 7. Plan de incentivos instituciones
 8. Plan de trabajo anual de seguridad y salud en el trabajo
 9. Plan anticorrupción y atención al ciudadano
 10. Plan estratégico de tecnología de la información y las comunicaciones –PETI
 11. Plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información
 12. Plan de seguridad y privacidad de la información
- En relación con la gestión del talento humano y el despliegue de actividades clave para todo el ciclo de vida del servidor público (ingreso, permanencia y retiro), se observan las siguientes debilidades:
 - No están claramente definidas las políticas de operación, en relación con la gestión del Talento humano.
 - No se cuenta con mecanismo formalmente establecido que permita la vinculación bajo un proceso meritocrático, que responde a los perfiles y competencias definidos para atender las prioridades estratégicas y satisfacer las necesidades de los grupos de valor.

- Aun cuando se realizan capacitaciones periódicas, no se observa que la entidad tenga un plan de capacitación institucional orientado al fortalecimiento en los conocimientos y competencias laborales de los servidores públicos de todos los niveles (Directivos, administrativos y nivel operario) de acuerdo con las necesidades institucionales
- No se realizan sesiones para evaluar las habilidades y conocimientos de los servidores públicos, con el fin de enfocar de mejor forma las acciones de talento humano en materia de capacitación y habilidades para el desarrollo de sus funciones.
- Se realizó en conjunto con la Universidad El Bosque la evaluación del clima laboral, pero sobre los resultados obtenidos no se implementaron los respectivos planes de mejoramiento con miras a intervenir los aspectos clave que permitirán fortalecer la cultura organizacional.
- No se evalúa si los programas de inducción y reinducción fortalecen el conocimiento de los servidores públicos tanto de la entidad como de la dependencia a la cual pertenecen.
- La entidad cuenta con un Manual de funciones y competencias laborales, pero este no responde a las necesidades de operación que actualmente presenta el Club.
- No se tiene establecido un sistema de Evaluación del Desempeño para estimar la eficacia y eficiencia de los funcionarios en el cumplimiento de las funciones que les han sido asignadas, a fin de mejorar la ejecución de las mismas.

II. Evaluación del riesgo. Este segundo componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, que permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales. Al respecto se observa:

- Los objetivos de los procesos no se encuentran alineados con la planeación estratégica, lo cual genera que la identificación de riesgos por proceso sea un mecanismo poco efectivo de evaluación y monitoreo de riesgos para la consecución de sus objetivos institucionales.
- No se cuenta con lineamientos para emprender las acciones de control necesarias que le permitan el manejo de los eventos que puedan afectar negativamente el logro de los objetivos institucionales y de proceso.
- No se cuenta con lineamientos para el proceso de identificación, manejo y control de los riesgos, conforme a lo definido por el DAFP. Igualmente, la entidad no definió el mapa de riesgos institucional.
- La entidad no ha establecido los criterios generales para la identificación y prevención de los riesgos de corrupción, de tal forma que permitiera la generación de alarmas y la elaboración de mecanismos orientados a evitarlos; prevenirlos o mitigarlos.
- No se identifica y evalúa los cambios que pueden afectar el Sistema de Control Interno para el cumplimiento de los objetivos.
- La entidad no asegura la aplicación de la administración de riesgos como herramienta de control y gestión en los procesos, programas, planes, proyectos y actividades sobre los cuales tienen responsabilidad.

III. Actividades de control. Comprenden los métodos, políticas, procedimientos y otras medidas establecidas como parte de las operaciones, necesarias para manejar y/o minimizar los riesgos y realizar una gestión eficiente y eficaz de los procesos, las

cuales deben ser ejecutadas en todas las áreas del Club Militar con miras al cumplimiento de los objetivos estratégicos. Al respecto se observa:

- La entidad no define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso.
- Actualmente la entidad se encuentra ajustando y actualizando las políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que conduzcan al uso óptimo del sistema de información ERP –SEVEN y den cuenta de su aplicación en materia de control.

IV. Información y comunicación. En este componente de control se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés. Al respecto se observa:

- Es necesario establecer una política de manejo y administración de la información, a partir de la cual se establezcan los controles necesarios para garantizar la debida administración de la misma y que satisfaga los intereses de los diferentes grupos de interés.
- Se deben mejorar los mecanismos para la recolección de sugerencias, quejas, peticiones, reclamos o denuncias de las partes interesadas; al igual revisar la operatividad de los canales de comunicación externos.
- Aun cuando la entidad ha adelantado actividades para dar cumplimiento a la Ley de transparencia de derecho a la información pública, se requiere adoptada una estrategia para la publicación oportuna y permanente de la información a publicar en la página Web.
- Se debe establecer mecanismos asociada a la transparencia activa.
- No se tiene definida una política, ni un plan de comunicación como mecanismo que permita el dialogo en doble vía con los usuarios internos y externos. Dicha política, proceso o procedimiento debería contener entre otros, los siguientes elementos: matriz de comunicaciones, guía de comunicaciones, proceso de comunicación organizacional, proceso de comunicación y convocatoria, etc.
- No se tiene un proceso estructurado y vigente para la atención a la ciudadanía, y para dar cumplimiento a los lineamientos establecidos en la normatividad vigente en materia de atención al cliente y gobierno en digital.
- La entidad no cuenta con un Sistema de Gestión Documental que permita la planificación, manejo y organización de la documentación producida y recibida por la entidad, desde su origen hasta su destino final, con el objeto de facilitar su utilización y conservación. Así mismo no se han implementado los Instrumentos Archivísticos como apoyo al adecuado desarrollo e implementación de la gestión documental y la función archivística, tales como:
 - Cuadro de Clasificación Documental – CCD
 - Tabla de Retención Documental – TRD
 - Programa de Gestión Documental – PGD
 - Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR
 - Inventario Documental

- Modelo de requisitos para la gestión de documentos electrónicos
- Bancos terminológicos
- Los flujos documentales
- Tablas de Control de Acceso

Así se continúa con la subutilización del sistema de gestión documental Kairos.

V. Actividades de monitoreo. Este tipo de actividades se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas (autoevaluación, auditorías), y su propósito es valorar: (i) la efectividad del control interno de la entidad pública; (ii) la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; (iii) el nivel de ejecución de los planes, programas y proyectos; (iv) los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública. Al respecto se observa:

- Aun cuando se adelanta un proceso de autoevaluación de la gestión al interior de la entidad (reuniones administrativas periódicas) para determinar el avance en el logro de la Meta estratégica, los resultados y los objetivos propuestos, así como el desempeño de la gestión institucional, no se evidencia análisis sobre los resultados presentados de tal manera que se identifiquen las tendencias y se implementen planes de mejoramiento oportunos que permitan encausar los resultados esperados.
- No se efectúa una evaluación continua o autoevaluación a la operación de los procesos de la entidad que permita la medición de los resultados generados en cada proceso, procedimiento, proyecto, plan y/o programa, teniendo en cuenta los indicadores de gestión, el manejo de los riesgos, los planes de mejoramiento, entre otros.
- No se evidencia que cada líder de proceso, con su equipo de trabajo, verifiquen el desarrollo y cumplimiento de sus acciones, que contribuirán al cumplimiento de los objetivos institucionales. Lo anterior convertiría la autoevaluación en el mecanismo de verificación y evaluación, que le permitiera a la entidad medirse a sí misma, al proveer la información necesaria para establecer si ésta funciona efectivamente o si existen desviaciones en su operación, que afecten su propósito fundamental.
- Dada la falta de recurso humano (equipo multidisciplinario de profesionales, con experticia en auditoría interna bajo el MIPPAI), la evaluación independiente no se lleva a cabo de forma periódica, por parte de la oficina de control interno a través de la auditoría interna de gestión. La realización de estas evaluaciones de manera oportuna permitirían determinar si se han definido, puesto en marcha y aplicado los controles establecidos por la entidad de manera efectiva.

RECOMENDACIONES

- Avanzar en las adecuaciones y ajustes para la implementación del nuevo MIPG, a partir del resultado del ejercicio de autodiagnóstico, herramienta dispuesta por el DAFP, tema sobre el cual trabaja la entidad bajo el liderazgo de la Oficina Asesora de Planeación.
- Continuar con la revisión de los planes institucionales y estratégicos, para realizar su integración, acorde con lo dispuesto en el Decreto 612 del 4 de abril de 2018.
- Revisar y actualizar de manera permanente la información publicada en la página web de la entidad por los responsables de proceso, con el fin de dar cumplimiento a la ley de transparencia y acceso a la información pública.
- Establecer los mapas de riesgo de los procesos y realizar el ejercicio de socialización para garantizar la operatividad de los controles de responsabilidad de las tres líneas de defensa.
- Revisar y actualizar los documentos de los procesos.
- Fortalecer las actividades relacionadas con el análisis de eficacia y actividad de las acciones de mejora, formuladas en los distintos planes de mejoramiento, por los responsables de proceso.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La entidad presenta gran falencia en el sostenimiento del MECI, no ha sido constante en su mantenimiento y tienen en el momento algunas debilidades que deben ser atendidas mediante la revisión completa de los requisitos definidos y deben ser mejoradas en la implementación del MECI en la integración con el sistema de gestión de calidad.

Se encuentra gran debilidad en la estandarización de mecanismos de control, de gestión y de seguimiento, lo cual es un aspecto muy importante para el Sistema de Control Interno, condicionado al cumplimiento de los principios de autogestión, autorregulación y autocontrol.

No se han formulado acciones de mejora como resultado de las auditorías realizadas por la Oficina de Control Interno, por lo cual no se evidencia el mejoramiento en los procesos y procedimientos que éstas involucran.


Ingeniera **DIANA FERNANDA CHAVES ALVARADO**
Jefe Oficina Control Interno