

		<b>FORMATO AUTO REVISIÓN POR PROCESO</b> <b>GESTIÓN INTEGRADA MIPG-SIG</b> <b>UNIDAD NACIONAL DE PROTECCIÓN</b>					
<b>NOMBRE DEL PROCESO</b> <b>FECHA</b>		<b>GESTIÓN DE EVALUACIÓN DEL RIESGO</b> <b>04 DE OCTUBRE 2021</b>					
<b>TIPO</b>	<b>RESULTADO</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>DESEMPEÑO DEL PROCESO</b>		<b>INTERPRETACIÓN</b>	<b>FÓRMULA</b>	
EFICACIA		Porcentaje de órdenes de trabajo asignadas en el periodo	El total de órdenes de trabajo asignadas, se refiere al número total de la correspondencia magnética (módulo plataforma SER) allegada al equipo de trabajo de asignaciones, las cuales se organizan en los siguientes ítems: rutas individuales +total anexos+total rutas colectivas+total de estudios o inspección técnica de seguridad física a instalaciones.		(Total ordenes de trabajo asignadas en el periodo / Total correspondencia recibida en el periodo) * 100		
EFICIENCIA		Porcentaje de evaluaciones y reevaluaciones del riesgo tramitadas oportunamente en el periodo	La oportunidad en la gestión de la evaluación del riesgo se mide desde la asignación de la OT al analista hasta que el caso sea presentado y validado ante el GVP. Para la interpretación del indicador cabe anotar que la meta para el año 2021 establecida por el Plan Nacional de Desarrollo es 65 días hábiles. Las evaluaciones a que refiere el indicador incluyen: evaluaciones y reevaluaciones, orden judicial, trámites de emergencia, tutela. Se tendrán en cuenta el número de evaluaciones del riesgo tramitadas oportunamente en el periodo, sobre el total de evaluaciones de riesgo que cumplen 65 días hábiles en el periodo de medición.		(Número total de evaluaciones y reevaluaciones de riesgo realizadas oportunamente / número total de evaluaciones y reevaluaciones de riesgo tramitadas mediante orden de trabajo en el periodo) * 100%		
EFFECTIVIDAD		Porcentaje de evaluaciones y reevaluaciones del riesgo presentadas ante el GVP validadas	VALIDADOS: Para efectos del indicador, hace referencia a las evaluaciones del riesgo presentadas ante el GVP con visto bueno para continuar con el trámite ante CERREM.		(Nro. de evaluaciones del riesgo tramitadas ante el GVP validadas / Nro. Total de evaluaciones del riesgo tramitadas ante el GVP) * 100		
							
<b>OBSERVACIONES</b>		<p><b>EFICACIA:</b> Resultado promedio del indicador en los tres trimestres año 2021 93%, resultados parciales del 94 %, 95% y 91 %, respectivamente. Se presentan resultados retroactivos según MEM21-00031718 del 15 de septiembre de 2021 y el rango en que se ubica el resultado es satisfactorio según el manual Gestión Indicadores.</p> <p><b>EFICIENCIA:</b> Resultado promedio del indicador en los tres trimestres del año 2021 82 %, resultados parciales del 82% 81% y 84 % respectivamente. Se presentan resultados retroactivos según MEM21-00031718 del 15 de septiembre de 2021 y el rango en que se ubica el resultado es Aceptable según el manual Gestión Indicadores.</p> <p><b>EFFECTIVIDAD:</b> Resultado promedio del indicador en los tres primeros trimestres año 2021 99,54 %, resultados parciales de 99,85 %, 99,29% y 99,48 % respectivamente. se presentan resultados retroactivos según MEM21-00031718 del 15 de septiembre de 2021 y el rango en que se ubica el resultado es satisfactorio según el manual Gestión Indicadores.</p> <p>No se levanta acción correctiva por ser el primer trimestre de medición en el año, ya que los resultados presentados de trimestres anteriores no se venían midiendo y son entregados de manera retroactiva.</p>				<p>¿Se levanta Acción Correctiva?</p> <p>No</p> <p>¿Se levanta Oportunidad de Mejora?</p> <p>No</p>	
<b>PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS</b>							
NOMBRE		AVANCE I TRIM	AVANCE II TRIM	AVANCE III TRIM	AVANCE IV TRIM	ACUMULADO	
Plan de Acción Institucional		100%	100%	0%	0%	0%	
Plan Estratégico Institucional proceso G.E.R		100%	100%	0%	0%	0%	
Plan de Participación Ciudadana		100%	100%	0%	0%	0%	
<b>OBSERVACIONES</b>		<p><b>PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL:</b> actualmente la S.E.R cuenta con 3 Indicadores que hacen parte del PAI:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Número de municipios con diagnóstico focalizados de riesgo, proyección de escenarios de riesgo, o planes de prevención y contingencia apoyados técnicamente por la UNP.</li> <li>Nº de municipios con diagnósticos focalizados de riesgo, proyección de escenarios de riesgo o planes de prevención y contingencia apoyados técnicamente por la UNP/(Nº de municipios programados por el Ministerio del Interior priorizados en el PAO</li> <li>Nº de días promedio que toma la evaluación de riesgo del Programa de Prevención y Protección Individual I T = 99,65 % / II T 99,66 %</li> </ol> <p><b>PLAN DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA:</b> la S.E.R participa con 2 actividades , las cuales se relacionan a continuación:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Realizar reuniones de acercamiento con los Grupos y comunidades de acuerdo a las Órdenes y mandatos legales de la Ruta de Protección Colectiva</li> <li>Realizar talleres de la ruta de protección colectiva "</li> </ol>				<p>¿Se levanta Acción Correctiva?</p> <p>No</p> <p>¿Se levanta Oportunidad de Mejora?</p> <p>No</p>	
<b>PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO</b>							
COMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE I CUATRIM	AVANCE II CUATRIM	AVANCE III CUATRIM	ACUMULADO		
Componente 2	Actividad 1	17%	17%	0%	11%		
	Actividad 2	8%	8%	0%	6%		
	Actividad 3	17%	17%	0%	11%		
	Actividad 4	17%	17%	0%	11%		
	Actividad 5	8%	8%	0%	5%		
	Actividad 6	17%	17%	0%	11%		
<b>OBSERVACIONES</b>		<p>"La S.E.R participa en el Plan Anticorrupción de manera Cuatrimestral, en el componente racionalización de Trámites con las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Formularios diligenciados en línea - Ruta individual esta actividad se realiza en compañía de Tecnología la S.E.R cumplió en su totalidad, se encuentra pendiente la puesta en marcha de las pruebas por parte de tecnología es por esa razón que la actividad de califica en 50% cada área .</li> <li>Revisión y ajuste normativo para habilitar el trámite por medio de canales digitales a cargo de la S.E.R y La Oficina Jurídica</li> <li>Actualizar los procedimientos de evaluación del riesgo alineados con las herramientas tecnológicas de formulario web de solicitudes de protección y el SER para soportar la operación ( Estas actividades aplican tanto para la Ruta Individual y para la Colectiva cada una tiene un peso de 16,67% )</li> </ol> <p>Resultados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Cuatrimestre 84%</li> <li>Cuatrimestre 84%</li> </ol> <p>Se espera que el área de tecnología termine pruebas con el formulario de Ruta Individual que se encuentra en periodo de prueba y continúe con el desarrollo del formulario de ruta colectiva para sacarlo a producción.</p>				<p>¿Se levanta Acción Correctiva?</p> <p>No</p> <p>¿Se levanta Oportunidad de Mejora?</p> <p>No</p>	

INDICADORES REPORTADOS A PLATAFORMAS EXTERNAS				
PLATAFORMA	NOMBRE INDICADOR	FÓRMULA	RESULTADO	
Sinergia	Nº de días promedio que tomó la evaluación de riesgo del Programa de Prevención y Protección Individual	Nº de días hábiles promedio utilizados para la evaluación del riesgo ( transcurridos entre la recepción de la solicitud y la valoración del nivel del riesgo, por parte del Grupo de Valoración Preliminar - GVP)	I Trimestre 69,81% II Trimestre 65,67%	
Sinergia	Número de municipios con diagnósticos focalizados de riesgo, proyección de escenarios de riesgo o planes de prevención y contingencia apoyados técnicamente por la UNP.	Número de municipios con diagnóstico focalizados de riesgo, proyección de escenarios de riesgo, o planes de prevención y contingencia apoyados técnicamente por la UNP.	I Trimestre 100% II Trimestre 100%	
Sinergia	Porcentaje de medidas de prevención y protección actualizadas y adecuadas	Número de órdenes de trabajo de colectivos indígenas presentadas ante CERREM en el periodo	I Trimestre 45,59% II Trimestre 61,11%	
OBSERVACIONES		Respecto al Indicador que se presenta en la Plataforma SINERGIA es importante precisar que la S.E.R facilita los insumos, informes y la Oficina Asesora de Planeación e Información es la encargada de realizar el reporte.		¿Se levanta Acción Correctiva? No ¿Se levanta Oportunidad de Mejora? No
INDICADORES OBJETIVOS DESPLIEGUE POLITICA INTEGRAL MIPG-SIG				
COMPONENTE	OBJETIVO	NOMBRE INDICADOR	FÓRMULA	RESULTADO
SGC	Planificar y asegurar el nivel de calidad en la prestación del servicio de protección	Oportunidad en la Evaluación del Riesgo	((Sumatoria de días transcurridos entre el inicio de evaluación del riesgo hasta la emisión del Acto Administrativo)/(Total de Evaluaciones de riesgos presentadas en el periodo))*100	I Trimestre se realizaron 1929 OT's en 209,43 días hábiles II Trimestre se realizaron 2495 en 264,34 días hábiles
OBSERVACIONES		Es importante aclarar que frente al Indicador del Plan Nacional de Desarrollo este inicia desde que ingresa la solicitud hasta la presentación en GVP y la meta está dada en días hábiles para cada vigencia del cuatrienio tiene un valor así: 2019 = 85 días Hábiles / 2020 = 75 días hábiles / 2021 = 85 días hábiles / 2022 = 60 días hábiles. Sin embargo es importante tener presente que esta fórmula está dada en días promedio, mientras que la política se mide totalidad de días VS cantidad de +Orden de trabajo ( OT 's) hasta que se proyecta el acto administrativo en CERREM que actualmente tiene una línea de tiempo de aproximadamente 27 días hábiles.		¿Se levanta Acción Correctiva? No ¿Se levanta Oportunidad de Mejora? No
GESTIÓN DE RIESGOS				
DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	RIESGO INHERENTE	CONTROLES	RIESGO RESIDUAL	RIESGO MATERIALIZADO
Possibilidad de incumplimiento en los términos establecidos para realizar las etapas de la evaluación del Riesgo Individual, colectivo y a instalaciones de acuerdo a la normalidad vigente por debilidades en la disponibilidad de recursos (talento humano, tecnológicos, conocimiento) para la operación del proceso	ALTO	CONTROL 1. El Subdirector de Evaluación del Riesgo y el Entlee MIPG-SIG verifican el cumplimiento de los Indicadores de Despliegue de cada grupo de trabajo de S.E.R. de manera trimestral.  CONTROL 2. El Subdirector de Evaluación del Riesgo a través de su equipo tecnológico realizará reuniones de verificación y retroalimentación con el Grupo de Gestión de las Tecnologías de la Información de CAPI, con el fin de llevar a cabo la alineación de necesidades de la SER que deban ser tenidas en cuenta dentro de la construcción y diseño de la herramienta tecnológica.  CONTROL 3. Coordinadores y Líderes de la S.E.R verifican la capacidad instalada con base en el estudio de cargas de trabajo, con el fin de determinar la cantidad de personal disponible para realizar eficientemente las tareas que se realizan al interior de la S.E.R y a su vez gestionar ante la alta dirección la aprobación de dichos recursos.	ALTO	SI
Possibilidad de reprocesos en el desarrollo de la Evaluación del Riesgo Individual, Colectivos o a Instalaciones, generando retrasos e Incumplimientos en la entrega de los productos por debilidades en el control y seguimiento de las actividades de los procedimientos.	ALTO	CONTROL 1. El Coordinador del CCAR remite al Coordinador del CTRAI los MEM, oficios o correos donde se informan los errores comunes que se presentan por parte de los analistas en el desarrollo de la Evaluación del Riesgo con el fin de llevar a cabo las respectivas retroalimentaciones y ajustes dentro de las evaluaciones.  CONTROL 2. La Coordinación del CTRAI- Coordinador CCAR solicitan a la Secretaría Técnica del GVP, relación de los casos no validados.  CONTROL 3. El Subdirector de Evaluación del Riesgo solicita a la Secretaría Técnica del GVP la incorporación al informe mensual, de las fallas que presentan los analistas en los instrumentos o actividades conducentes en la realización de la Evaluación del Riesgo, para realizar seguimiento.  CONTROL 4. Coordinadores y Líderes de la S.E.R, Subdirector de Evaluación del Riesgo realizan comunicación Externa recordando a las entidades los tiempos de respuesta que por competencia les corresponde para apoyar la respuesta oportuna en la evaluación del Riesgo.	ALTO	

<p>Posible pérdida, ingreso erróneo o deterioro de la información física o digital en cualquier etapa del proceso de Gestión de Evaluación del Riesgo, por los diferentes grupos de trabajo que integran la Ruta Individual, Colectiva o a Instalaciones, por no adoptar los lineamientos para el manejo de información o de Gestión documental.</p>	<p>ALTO</p>	<p><b>CONTROL 1</b> Ajustar los procedimientos que conforman el Proceso de Gestión de Evaluación del Riesgo, fortaleciendo los puntos de control para que cada uno de los responsables en la recepción y trámite de la información lo desarrollen conforme a las actividades dispuestas.</p> <p><b>CONTROL 2</b> Actualización o modificación de la herramienta tecnológica (Plataforma SER) y otras bases de datos, permitiendo la unificación de la información en sus diferentes etapas y la generación de alertas frente a errores en el cargue de información.</p> <p><b>CONTROL 3</b> Una vez ingresan nuevos analistas a la SER y de manera periódica, se debe dar amplia instrucción sobre el manejo de la plataforma de información, gestión documental de los archivos físicos de los estudios de nivel de riesgo.</p>	<p>ALTO</p>	<p>No</p>
<p>Posibilidad de afectación a la seguridad e integridad de los funcionarios o contratistas, que realizan actividades de campo para la recopilación de información propias de la evaluación del riesgo Individual, colectivos o a instalaciones como consecuencia de acciones violentas generadas por parte de grupos delictivos.</p>	<p>ALTO</p>	<p><b>CONTROL 1.</b> Socialización de la GUIA DE SEGURIDAD PARA LOS DESPLAZAMIENTOS DE LOS FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS DE LA UNIDAD NACIONAL DE PROTECCIÓN - UNP, a través de los diferentes canales de comunicación oficiales existentes en las dependencias</p> <p><b>CONTROL 2</b> Solicitar el ajuste al Instrumento Estándar de Valoración con el fin de adicionarle el formato o campo para la confirmación de información referente a la situación de orden público, medio ambiente y demás situaciones que puedan afectar la integridad de los funcionarios y/o contratistas durante el desarrollo de actividades de campo.</p>	<p>ALTO</p>	<p>No</p>
<p>Posibilidad de incurrir en actos ilegales por parte de los analistas, cuando en desarrollo de las Evaluaciones del Riesgo, faciliten la alteración o manipulación de la información</p>	<p>EXTREMO</p>	<p><b>CONTROL 1</b> Sensibilizar a los servidores públicos, sobre prevención y consecuencias de la corrupción mediante una jornada de fortalecimiento.</p>	<p>ALTO</p>	<p>No</p>
<p><b>OBSERVACIONES</b></p>	<p>De conformidad a la metodología definida por el DAFP en la Guía para la Administración del Riesgo y el Diseño de Controles en Entidades Públicas V5, se establecieron D4 riesgos para el proceso Gestión de Evaluación del Riesgo y D1 de corrupción, dentro de los cuales se identificaron 16 actividades de control, desarrolladas durante el segundo cuatrimestre del año en curso. Finalizado este periodo la Oficina de Control Interno llevó a cabo la revisión de la efectividad de los controles, donde verificó el diseño y rango de cada uno de estos, calificando el nivel de su ejecución y solidez individual, a partir de la verificación de las evidencias aportadas por el Equipo Enlace MIPG-SIG de esta Subdirección y las observaciones realizadas por ellos.</p> <p>En esta evaluación se concluyó que 11 de las acciones planteadas requieren replantearse, en la medida en que se observaron las siguientes deficiencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las actividades de control no se realizan oportunamente y no se observan actividades para subsanar esta situación.</li> <li>• No aportan evidencias para evaluar la efectividad de controles en el periodo correspondiente.</li> <li>• Los procesos siguen estableciendo actividades de control de forma equivocada; las cuales no son fuertes que prevengan la materialización del riesgo.</li> </ul>			<p>¿Se levanta Acción Correctiva?</p> <p>SI</p> <p>¿Se levanta Oportunidad de Mejora?</p> <p>NO</p>

DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO			
DOCUMENTOS ASOCIADOS AL PROCESO	ESTADO DE ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS	INFORMACIÓN DOCUMENTADA (REGISTROS)	ESTADO DE ACTUALIZACIÓN
GER-CA-01	Actualizado		
GER-PR-01	Desactualizado		
GER-PR-02	Actualizado		
GER-PR-03	Desactualizado		
GER-PR-04	Para Eliminación		
GER-PR-05	Desactualizado		
GER-PR-06	Desactualizado		
GER-GU-01	Desactualizado		
GER-GU-02	Desactualizado		
GER-GU-03	Desactualizado		
GER-GU-04	Desactualizado		
GER-GU-05	Desactualizado		

GER-GU-06	Actualizado
GER-GU-07	Actualizado
GER-IN-01	Para Eliminación
GER-IN-02	Desactualizado
GER-IN-03	Desactualizado
GER-IN-06	Para Eliminación
GER-PT-05	Desactualizado
GER-PT-06	Desactualizado
GER-PT-07	Desactualizado
GER-PT-08	Desactualizado
GER-PT-09	Desactualizado
GER-PT-10	Desactualizado
GER-PT-11	Actualizado
GER-FT-01	Para Eliminación
GER-FT-02	Actualizado
GER-FT-03	Desactualizado
GER-FT-12	Actualizado
GER-FT-13	Actualizado
GER-FT-14	Desactualizado
GER-FT-15	Desactualizado
GER-FT-16	Desactualizado
GER-FT-17	Desactualizado
GER-FT-18	Desactualizado
GER-FT-19	Desactualizado
GER-FT-20	Desactualizado
GER-FT-21	Desactualizado
GER-FT-22	Eliminado
GER-FT-23	Eliminado
GER-FT-24	Actualizado
GER-FT-27	Desactualizado
GER-FT-28	Desactualizado
GER-FT-29	Desactualizado
GER-FT-31	Desactualizado
GER-FT-34	Desactualizado
GER-FT-36	Actualizado
GER-FT-38	Desactualizado
GER-FT-40	Desactualizado
GER-FT-41	Actualizado
GER-FT-42	Actualizado
GER-FT-43	Desactualizado
GER-FT-44	Actualizado
GER-FT-45	Actualizado
GER-FT-47	Eliminado
GER-FT-48	Desactualizado
GER-FT-49	Eliminado
GER-FT-50	Actualizado
GER-FT-51	Desactualizado
GER-FT-54	Desactualizado
GER-FT-55	Eliminado
GER-FT-56	Eliminado
GER-FT-57	Eliminado
GER-FT-58	Eliminado
GER-FT-59	Eliminado
GER-FT-60	Eliminado
GER-FT-61	Eliminado
GER-FT-62	Eliminado
GER-FT-63	Desactualizado
GER-FT-64	Eliminado
GER-FT-65	Eliminado
GER-FT-66	Desactualizado
GER-FT-68	Actualizado
GER-FT-69	Desactualizado
GER-FT-70	Desactualizado
GER-FT-72	Actualizado
GER-FT-74	Desactualizado
GER-FT-77	Eliminado
GER-FT-78	Eliminado
GER-FT-79	Desactualizado
GER-FT-80	Desactualizado
GER-FT-81	Eliminado
GER-FT-82	Desactualizado
GER-FT-84	Desactualizado
GER-FT-85	Desactualizado
GER-FT-87	Desactualizado
GER-FT-88	Actualizado
GER-FT-89	Actualizado
GER-FT-90	Eliminado
GER-FT-91	Eliminado
GER-FT-94	Eliminado
GER-FT-95	Eliminado
GER-FT-96	Eliminado
GER-FT-97	Actualizado
GER-FT-98	Desactualizado
GER-FT-99	Desactualizado
GER-FT-100	Actualizado
GER-FT-101	Desactualizado
GER-FT-102	Desactualizado
GER-FT-103	Actualizado
GER-FT-104	Actualizado
GER-FT-105	Actualizado
GER-FT-106	Actualizado
GER-FT-107	Actualizado
GER-FT-108	Actualizado
GER-FT-109	Actualizado
GER-FT-110	Actualizado
GER-FT-111	Actualizado
GER-FT-112	Actualizado

<b>OBSERVACIONES</b>	Los formatos GER-FT-14, GER-FT-15, GER-FT-16, GER-FT-17, GER-FT-18, GER-FT-19, GER-FT-20, GER-FT-21, GER-FT-27, GER-FT-28, GER-FT-29, GER-FT-31, no se han podido actualizar por cuanto se encuentran parametrizados en la plataforma SER y la misma no puede ser objeto de modificación, concepto MEM21-00021889 DEL 7 de julio de 2021.	¿Se levanta Acción Correctiva?
	Total formatos para actualizar: 84 Total formatos actualizados: 26 que corresponde a un 31 % Total formatos eliminados: 22 que corresponde a un 26 % No es posible actualización inmediata 12 que corresponde a un 14 % Total formatos para eliminación: 1 que corresponde a un 1 % Total pendientes por actualizar: 23 que corresponde a un 27 %	¿Se levanta Oportunidad de Mejora? No

**SALIDAS NO CONFORMES**

SALIDA IDENTIFICADA	ESTADO DE EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO	OBSERVACIONES
I TRIMESTRE GRUPO GSC: Solicitudes que cumplen con los parámetros para iniciar Evaluación del riesgo 1448, se identificaron 4 salidas no conformes	se solicita al peticionario allegar la documentación faltante 9/03/2021 se solicita al peticionario allegar la documentación faltante 16/02/2021 se solicita al peticionario allegar la documentación faltante 19/02/2021 se solicita al peticionario allegar la documentación faltante 1/03/2021	Para el primer trimestre año 2021, se evidencia que el 99.7% de las Solicitudes de Estudio de Evaluación de Riesgo, cumplen con los parámetros para iniciar Evaluación del Riesgo.
I TRIMESTRE GRUPO CONTROL DE CALIDAD ANÁLISIS DE RIESGO- GCCAR: Se revisaron un total de 2.637 Órdenes de Trabajo, y se identificaron 984 salidas no conformes.	Se realizaron los ajustes respectivos a las 984 Órdenes de trabajo, por parte de los analistas de Evaluación del riesgo (Revisión segunda vez del instrumento de Evaluación de riesgo)	Para el primer trimestre año 2021, se evidencia que el 62.68% de las evaluaciones del riesgo presentadas ante GCCAR, obtuvieron el ok de calidad.
I TRIMESTRE GRUPO VALORACIÓN PRELIMINAR: Se agendaron un total de 1978 casos, y se identificaron 14 salidas no conformes.	OT PARA REVISAR POR PARTE DEL CTRAI Y/O CALIDAD 4 OT REVERSADAS AL CTRAI 6 OT POR PRORROGA A ANALISTAS 4	Para el primer trimestre año 2021, se evidencia que el 99.29% de los casos agendados, no tuvieron novedad, cumpliendo con el estándar.
II TRIMESTRE GRUPO GSC: Solicitudes que cumplen con los parámetros para iniciar Evaluación del riesgo 1448, se identificaron 4 salidas no conformes	se solicita al peticionario allegar la documentación faltante 16/04/2021.	Para el segundo trimestre año 2021, se evidencia que el 99.7% de las Solicitudes de Estudio de Evaluación de Riesgo, cumplen con los parámetros para iniciar Evaluación del Riesgo.
II TRIMESTRE GRUPO CONTROL DE CALIDAD ANÁLISIS DE RIESGO- GCCAR: Se revisaron un total de 2.637 Órdenes de Trabajo, y se identificaron 984 salidas no conformes.	Se realizaron los ajustes respectivos a las 1206 Órdenes de trabajo, por parte de los analistas de Evaluación del riesgo (Revisión segunda vez del instrumento de Evaluación de riesgo)	Para el segundo trimestre año 2021, se evidencia que el 61.16% de las evaluaciones del riesgo presentadas ante GCCAR, obtuvieron el ok de calidad.
II TRIMESTRE GRUPO VALORACIÓN PRELIMINAR: Se agendaron un total de 1978 casos, y se identificaron 14 salidas no conformes.	OT PARA REVISAR POR PARTE DEL CTRAI Y/O CALIDAD 24	Para el segundo trimestre año 2021, se evidencia que el 97.77% de los casos agendados, no tuvieron novedad, cumpliendo con el estándar.

<b>OBSERVACIONES</b>	GRUPO GSC: 8 salidas no conformes I semestre 2021 realizado tratamiento. GRUPO CONTROL DE CALIDAD ANÁLISIS DE RIESGO- GCCAR: 2190 salidas no conforme I Semestre 2021 tratamiento realizado. GRUPO VALORACIÓN PRELIMINAR: 62 Salidas no conforme I Semestre 2021 tratamiento realizado.	¿Se levanta Acción Correctiva? No ¿Se levanta Oportunidad de Mejora? No
----------------------	---	--

**PLAN DE MEJORAMIENTO DEL PROCESO**

FUENTE DE MEJORA	ID	DESCRIPCIÓN DE LA ACOM	ESTADO DE ACOM
1. Autoevaluación, revisión primera línea de	Pendiente	No se ha logrado el 100% del indicador de eficiencia en la respuesta a	Pendiente de validación metodológica por parte de la Oficina asesora de Planeación

<b>OBSERVACIONES</b>	Pendiente de validación metodológica por parte de la Oficina asesora de Planeación	¿Se levanta Acción Correctiva? No ¿Se levanta Oportunidad de Mejora? No
----------------------	--	--

**PLAN DE MEJORAMIENTO DE GESTIÓN INSTITUCIONAL**

HALLAZGO	DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA	ESTADO DE LA ACCIÓN DE MEJORA
Auditoría Control Interno - II Semestre 2019/ I Semestre 2020 HALLAZGO 1 EXTEMPORANEIDAD EN EL TÉRMINO DEL TRÁMITE DE LAS SOLICITUDES DE PROTECCIÓN	Falta de contratación de personal suficiente e idóneo para la gestión de las solicitudes de protección.  La entidad no cuenta con un sistema de información robusto y automatizado para gestión de Información	CIERRE DEL HALLAZGO
Auditoría Control Interno - II Semestre 2019/ I Semestre 2020 HALLAZGO 2 DEBILIDADES EN EL ARCHIVO DE LA DOCUMENTACIÓN E INEXISTENCIA EN LAS CARPETAS DE LOS FORMATOS PREESTABLECIDOS COMO PUNTO DE REGISTRO Y CONTROL DEL PROCEDIMIENTO PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO COLECTIVO DE LA RUTA DE PROTECCIÓN COLECTIVA	El personal no ha interiorizado el procedimiento definido para la organización y gestión documental de los expedientes de OT's Colectivas  No se está realizando una adecuada Inducción al Puesto de Trabajo	CIERRE DEL HALLAZGO
Auditoría Control Interno - II Semestre 2019/ I Semestre 2020 HALLAZGO 3 EXTEMPORANEIDAD EN EL TÉRMINO PARA LA EVALUACIÓN DE RIESGO COLECTIVO DE LA RUTA DE PROTECCIÓN COLECTIVA	Falta de Contratación de personal suficiente para la gestión de las solicitudes de protección.  La Entidad no cuenta con un sistema de Información robusto y automatizado para gestión de Información	PENDIENTE DE VERIFICACIÓN
Auditoría Control Interno - II Semestre 2019/ I Semestre 2020 HALLAZGO 4 INEXISTENCIA EN LAS CARPETAS DE FORMATOS PREESTABLECIDOS COMO PUNTO DE REGISTRO Y CONTROL DEL PROCEDIMIENTO DE TRÁMITE DE EMERGENCIAS	No utilizan el formato establecido para solicitar verificación por Medidas de Emergencia. Adaptan el contenido del formato a otro documento. Una comunicación Oficial a efectos de que se realice la inducción al personal de la entidad de responsabilidad frente a la actividad de seguimiento a los actos administrativos por parte del CERREM.	NO SUBSANADO, LA ACCIÓN DE MEJORAMIENTO AUN NO ES EFECTIVA
Auditoría Control Interno - II Semestre 2019/ I Semestre 2020 HALLAZGO 5 Retraso en la finalización de medidas de protección implementadas mediante Trámite de Emergencia.	No existe un cargo o función responsable del seguimiento de los actos de emergencia. No existe un cargo o función responsable del seguimiento de los actos de emergencia.	PENDIENTE DE VERIFICACIÓN

Auditoría Control Interno - II Semestre 2019/ I Semestre 2020 HALLAZGO 6 Sesiones del CERREM sin presencia del Presidente o su delegado.	Falta de articulación entre las instituciones que intervienen en el desarrollo del CERREM.	CIERRE DEL HALLAZGO
Auditoría Control Interno - II Semestre 2019/ I Semestre 2020 HALLAZGO 7 FALTA DE CONTROL EN LA ELABORACIÓN DE LAS ACTAS DEL CERREM.	Se presentó un cambio en la persona responsable de la elaboración de las actas y no contaba con una dupla que lo reemplazara Limitación en la Gestión de las herramientas tecnológicas para la elaboración de las actas	CIERRE DEL HALLAZGO
Auditoría Control Interno - II Semestre 2019/ I Semestre 2020 HALLAZGO 8 INOPORTUNIDAD EN LA ELABORACIÓN DE ACTOS ADMINISTRATIVOS QUE ACOGEN O NO RECOMENDACIONES DEL CERREM	Falta de personal vs el número de casos asignados que se generaban en todos los comités.	PENDIENTE VERIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD
Auditoría Control Interno - II Semestre 2019/ I Semestre 2020 HALLAZGO 9 INCONSISTENCIA EN INFORMES DE GESTIÓN	Demora en subir los actos administrativos a la base de datos para tomar la información en tiempo real. Los casos agendados y vistos en sesión se demoran hasta dos (02) meses en subirse a la base de datos.	CIERRE DEL HALLAZGO
Auditoría Control Interno - II Semestre 2019/ I Semestre 2020 HALLAZGO 10 Deficiencias en el control de las actas del Comité Especial de Servidores y Exservidores Públicos.	Limitación en la Gestión de las herramientas tecnológicas para la elaboración de las actas Falta de personal para la realización y seguimiento de las actas del comité especial de servidores y exservidores públicos	CIERRE DEL HALLAZGO
HALLAZGO 11 SESIONES DEL COMITÉ ESPECIAL DE SERVIDORES Y EX SERVIDORES PÚBLICOS, SIN IDENTIFICAR ESTADÍSTICAMENTE EN LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA	Falta de personal para la realización y seguimiento de las actas del comité especial de servidores y exservidores públicos Falta de personal para la realización y seguimiento de las actas del comité especial de servidores y exservidores públicos	NO SUBSANADO, LAS ACCIONES DE MEJORAMIENTO NO SON EFECTIVAS, DEBEN SER REPLANTEADAS
HALLAZGO 12 DEBILIDADES EN LA VERIFICACIÓN DEL QUÓRUM DELIBERATORIO Y DECISORIO EN LAS SESIONES DE COMITÉ ESPECIAL DE SERVIDORES Y EX SERVIDORES	Falencia en los Formatos establecidos para la elaboración de las actas.	PENDIENTE VERIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD
Auditoría Control Interno - II Semestre 2019/ I Semestre 2020 AUDITORIA INTERNA AL SIG SEGUNDO CICLO DE	Control insuficiente en la entrega de expedientes al archivo central No se desarrollan correctamente los procedimientos de gestión NO CONFORMIDADES	CIERRE DEL HALLAZGO PENDIENTE VERIFICACIÓN DE EFECTIVIDAD Pendiente aprobación del plan de mejoramiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación e Información
<b>OBSERVACIONES</b>	Se han cerrado 7 hallazgos de 14 producto de Auditoría Control Interno II Semestre 2019 y I semestre 2020. 5 hallazgos están pendiente de verificación por parte de la Oficina de Control interno 2 hallazgos no fueron subsanados y se deben replantear las actividades de control Pendiente aprobación del plan de mejoramiento por parte de la Oficina Asesora de Planeación e Información	¿Se levanta Acción Correctiva? No ¿Se levanta Oportunidad de Mejora? No

TEMA	RESULTADO	OTROS	ANÁLISIS
<b>OBSERVACIONES</b>			¿Se levanta Acción Correctiva? No ¿Se levanta Oportunidad de Mejora? No

**CONCLUSIONES AUTO REVISIÓN DEL PROCESO**

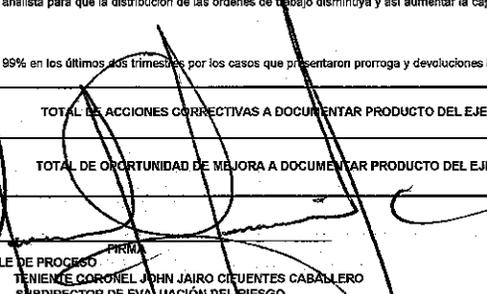
**INDICADORES DE PROCESO:** El promedio general de resultado de los indicadores del proceso (eficacia, eficiencia y efectividad), arrojan un resultado del 92%, en lo corrido del año, este resultado es positivo, pero se deben establecer actividades que puedan mejorar los resultados.

**EFICACIA**  
La meta propuesta durante el primer y el segundo trimestre del año 2021 se alcanzó satisfactoriamente, las diferencias relacionadas corresponden a documentos tramitados como anexos que ya contaban con OT activa al momento de su recepción. Durante el mes de septiembre se presentaron dos novedades, ya que el alto flujo de correspondencia remitida para trámite conllevó a dejar 143 casos pendientes de activación de OT, 103 solicitudes corresponden a reevaluaciones por temporalidad que de ser asignadas dejarían al 70% de los analistas activos una carga de 13.5 lo que a largo plazo podría concluir en alto número de extemporaneidad. Por otro lado, 40 casos se encuentran pendientes ya que nos encontramos a la espera de instrucción por parte de las coordinaciones del CTAR y GSC con relación a si los casos se deben activar por la ruta de nivel de riesgo colectivo o individual.

**EFICIENCIA**  
En el tercer trimestre se evidencia un cumplimiento del 84% demostrando aumento en la tendencia de los resultados del indicador de la presente vigencia, como dificultada para el presente trimestre se evidencia una asignación promedio por analista de 11,7 Órdenes de Trabajo sin tener en cuenta las novedades de personal como lo son: incapacidades médicas, restricciones medico laborales y acuerdos sindicales que se presentan con los funcionarios de planta. Se requiere fortalecer el número de analista para que la distribución de las ordenes de trabajo disminuya y así aumentar la capacidad de respuesta.

**EFFECTIVIDAD**  
La STGVP dio un cumplimiento del 99% en los últimos dos trimestres por los casos que presentaron prorroga y devoluciones lo que afecto el indicador. Los días de agendamiento y presentación de los casos se disminuyo de 8 días hábiles a 6 días hábiles para ser enviados al CERREM.

TOTAL DE ACCIONES CORRECTIVAS A DOCUMENTAR PRODUCTO DEL EJERCICIO DE AUTO REVISIÓN	1
TOTAL DE OPORTUNIDAD DE MEJORA A DOCUMENTAR PRODUCTO DEL EJERCICIO DE AUTO REVISIÓN	0

**RESPONSABLE DE PROCESO**  
 FIRMA:   
 NOMBRE: TENIENTE CORONEL JOHN JAIRO CUENTES CABALLERO  
 CARGO: SUBDIRECTOR DE EVALUACIÓN DEL RIESGO

Archivase en: Carpeta físicas (proceso de Sistema de Gestión) y en carpeta digital control de documentos- Sistema de Gestión  
 GIN-FT-28V3 Oficialización: 22/07/2021

VERSIÓN INICIAL	DESCRIPCIÓN DE LA CREACIÓN O CAMBIO DEL DOCUMENTO	FECHA	VERSIÓN FINAL
00	Creación del documento	10/09/2018	01
01	Se ajustó conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión MIPG-SIG, y la alineación al NTC ISO	12/05/2021	02
02	Se ajustan casillas del instructivo del formato, se agregan columnas al formato vigente y se le hace cambio al nombre del formato vigente del sistema (Informe de Desempeño de Proceso) por formato de Auto revisión por	22/07/2021	03