

**INFORME DE AUDITORÍA PROCESO GESTIÓN DE LA FUNCIÓN PÚBLICA SIMIT -
PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS,
SUGERENCIAS Y DENUNCIAS**

OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN
Diciembre de 2022

Tabla de contenido

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 3 |
| Objetivo | 3 |
| Alcance | 3 |
| Metodología | 3 |
| Normatividad aplicable..... | 3 |
| Tipo de Auditoría..... | 4 |
| Recursos | 4 |
| Proceso de la Auditoría..... | 4 |
| Desarrollo de la Auditoría..... | 5 |
| 1. Procedimiento Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias para la Función Pública Simit – Vigencia 2021. | 5 |
| 1.1. Procedimiento Distribución y Transferencia del Recaudo | 6 |
| Análisis Lista de Verificación..... | 6 |
| 2. Reconocimiento y Aplicación del Marco Legal | 7 |
| 3. Gestión del Riesgo 2022 | 7 |
| 4. Planeación del Área | 10 |
| 5. Seguimiento Planes de Mejoramiento Abiertos | 12 |
| 6. Conclusiones..... | 12 |
| 7. Fortalezas | 13 |
| 8. Hallazgos y Observaciones..... | 14 |
| 9. Etapa Socialización..... | 15 |

Introducción

La Jefatura de Control Interno de Gestión en su ejercicio de control y en cumplimiento del plan de auditoría anual para la vigencia 2022 aprobado por el Comité Institucional de Control Interno de Gestión, realiza auditoría al proceso Gestión de la Función Pública Simit - Procedimiento Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias – vigencia 2021, enmarcada en el cumplimiento de la Función Pública delegada por el artículo 10° de la Ley 769 del 2002.

Objetivo

Verificar por medio de técnicas de auditoría e investigación el cumplimiento de la gestión y la efectividad del “**Procedimiento Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias para la Función Pública Simit – vigencia 2021**”, analizando el cumplimiento de los principios de eficiencia, eficacia y efectividad.

Alcance

Aplicación de los lineamientos internos y externos inherentes al área auditada, para la vigencia 2021.

Metodología

Se utilizan técnicas de auditoría generalmente aceptadas como:

- Indagación previa de la ejecución del proceso y los procedimientos a auditar y a la documentación soporte de este.
- Entrevistas presenciales y virtuales con lista de verificación para el procedimiento auditado.
- Revisión de informes elaborados en cumplimiento de la normatividad vigente.
- Normatividad aplicable; que permiten un análisis integral para las conclusiones de auditoría.

Normatividad aplicable

- Constitución Política de Colombia
- Artículo 10 de la Ley 769 de 2002
- Procesos, procedimientos, manuales, guías, resoluciones, comunicaciones internas y matriz de riesgo institucional.
- Normatividad reglamentaria y complementaria, relacionada con el objetivo y alcance de la auditoría.
- Procesos, procedimientos.

Tipo de Auditoría

Auditoría de Desempeño

Se busca establecer si las políticas institucionales, programas, planes, proyectos, acciones, sistemas, operaciones, actividades inherentes al proceso auditado opera de acuerdo con principios de economía, eficiencia y eficacia, buscando la mejora continua en la gestión.

Recursos

Recursos Humanos

- Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión.
- Contratista Apoyo de la Oficina de Control Interno de Gestión.
- Directora Técnica Simit.
- Coordinadora Grupo de Atención al Ciudadano
- Profesionales Grupo de Atención al Ciudadano
- Asistente Grupo de Atención al Ciudadano
- Contratistas Grupo de Atención al Ciudadano

Recursos Físicos

- Equipos de cómputo
- Herramientas de ofimática en general
- Redes de telecomunicaciones

Recursos Documentales

- Normatividad vigente
- Procedimientos vigentes
- Mapa de seguimiento a riesgos
- Plan de acción 2021 en herramientas de gestión - Suite Visión
- Herramientas ofimáticas del área (matriz)
- Sistema de Gestión Documental.

Proceso de la Auditoría

Dependencia a cargo del proceso auditado

- Coordinación Grupo de Atención al Ciudadano

Proceso

- Gestión de la Función Pública Simit

Procedimientos

- Procedimiento Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias

Equipo Auditor

Ana Carol Marcela González Serna – Jefe de Control Interno de Gestión
Carlos Alberto Vargas Bermúdez - Profesional Oficina de Control Interno

Fecha Auditoria

Inicia en 31 de agosto de 2022 – Finaliza noviembre 30 de 2022

Anexos

- Acta de apertura de auditoría
- Oficio salvaguarda
- Plan de trabajo
- Carpeta OneDrive Auditoria 2022 – Grupo Atención al Ciudadano

Desarrollo de la Auditoría

La Oficina de Control Interno de Gestión planteo como objetivo Verificar por medio de técnicas de auditoría e investigación el cumplimiento de la gestión y la efectividad del **PROCEDIMIENTO GESTIÓN DE PETICIONES, QUEJAS, RECLAMOS, SUGERENCIAS Y DENUNCIAS PARA LA FUNCIÓN PÚBLICA SIMIT – VIGENCIA 2021**, comprobando el cumplimiento de los principios de eficiencia, eficacia y efectividad".

Se ejecutó la auditoría de acuerdo con el plan de trabajo entregado a la líder del proceso, de este modo se procede a verificar el procedimiento de acuerdo con las tareas planteadas en el mismo así:

1. PROCESO GESTIÓN DE LA FUNCIÓN PÚBLICA SIMIT.

Responsable: Directora Nacional Simit.

Objetivo: Garantizar la gestión adecuada de la operación del SIMIT, de conformidad con las disposiciones legales vigentes, a través de la implementación de estrategias, políticas, planes y proyectos para el cumplimiento de la misión institucional.

Alcance: Inicia con la definición de los lineamientos de la operación hasta la implementación de iniciativas de fortalecimiento de las relaciones del SIMIT con las autoridades nacionales y territoriales de tránsito. Incluye actividades de distribución de los recursos, de operación estadística, relación con autoridades y atención al usuario.

Código: MAN-GP-01.

Fecha: 20/12/2020

Actividades: Al presente informe se anexa el proceso con el detalle de estas.

1.1. Procedimiento Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias para la Función Pública Simit

Objetivo: Establecer las actividades necesarias para la gestión de peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y denunciadas (PQRDS), recibidas y atendidas por la entidad.

Alcance Inicia con la recepción de la solicitud de la PQRSD o en el sistema documental y va hasta el envío del oficio proyectado.

Requisitos y políticas Contenidos en matriz de requisito legal del proceso.

Definiciones: Se tienen las definiciones de conceptos: Consulta, Derecho de Petición, Desistimiento, Notificación, Queja, Reclamo, Sugerencia.

Código: PR-MIS-21-01

Fecha: Fecha: 27/06/2018

Descripción de actividades: Al presente informe se anexa el procedimiento con el detalle de estas.

Análisis Lista de Verificación

Se realiza entrevista presencial, realizando la revisión del procedimiento, entradas, salidas y puntos de control relevantes, evidenciando el amplio conocimiento de este tanto del líder del proceso como de los profesionales, asistente y contratistas del área, se indaga por el desarrollo del procedimiento en tiempo real para la vigencia 2021, el procedimiento se desarrolló de acuerdo con los lineamientos del diagrama de flujo correspondiente para el procedimiento.

Se envía cuestionario al área, con el fin de que dieran cuenta del conocimiento del procedimiento de acuerdo con la revisión de este, entradas, salidas y puntos de control relevantes, determinando el cumplimiento de actividades y se da cuenta de esto en los archivos subidos a carpeta compartida OneDrive [Auditoria 2022 - Grupo Atención al Ciudadano](#).

De acuerdo con las preguntas planteadas para la verificación, del Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias para la Función Pública Simit, se verifica la gestión correspondiente al a la vigencia 2021, se realizaron sugerencia u observaciones para optimizar la gestión y se concluye:

- ✓ Una vez realizada la revisión del archivo PDF llamado matriz primer semestre 2021, se sugiere reorganizar el manejo de la matriz, con el fin de tener conocimiento real del tiempo de respuesta a cada una de las solicitudes sin importar el medio de asignación de estas.

- ✓ Una vez realizada la revisión del archivo “instructivo para la asignación y respuesta de las PQRSD Simit, se evidencia la necesidad de crear y formalizar un instructivo de optimización del proceso para dar mas claridad a los casos y solicitudes realizadas por la ciudadanía.
- ✓ Una vez revisados los documentos protocolo de atención al usuario, políticas de calidad de atención al ciudadano y el instructivo derechos de petición, se sugiere realizar una actualización u optimización de estos en mira de la mejora continua.

2. Reconocimiento y Aplicación del Marco Legal

La Coordinación de Grupo de Atención al Usuario, tiene claridad respecto a las normas que aplican al procedimientos que desarrollan.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede evidenciar que los parámetros de ley son de pleno conocimiento de la Coordinación y el grupo de que lo conforma.

3. Gestión del Riesgo

La Federación Colombiana de Municipios cuenta con su política institucional para la gestión de los riesgos, así mismo su aplicación se evidencia en el "Mapa de Riesgos Institucional" para la Función Pública delegada en la ley 769 de 2002, de este modo la Coordinación objeto de auditoría tiene los siguientes riesgos asociados a su gestión.

Etapa de Identificación del Riesgo

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------------------|---|---|------------------------------------|---|---|--|--|
| ÍTEM | GRUPO INTERNO DE TRABAJO | PROCEDIMIENTO/PROCESO *SERVICIOS O RESULTADO ASOCIADO | OBJETIVO DEL PROCESO | CLASIFICACIÓN Origen del riesgo | DESCRIPCIÓN DE FACTORES (Debido a...) | | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO (Puede suceder...) | DESCRIPCIÓN DE CONSECUENCIAS (Lo que genera.....) |
| | | | | | INTERNOS Y DE PROCESOS | EXTERNOS | | |
| 1 | Grupo de Atención al usuario | Gestión de la Función Publica - SIMIT | Garantizar la gestión adecuada de la operación del SIMIT, de conformidad con las disposiciones legales vigentes, a través de la implementación de estrategias, políticas, planes y proyectos para el cumplimiento de la misión institucional. | Legal | 1. Debilidades en manejo de las herramientas tecnologicas que permiten el ingreso y administracion de las PQRs al interior de la DNS. | N/A | Responder por fuera de los terminos legales las PQRs. | Presentacion de acciones judiciales por parte de los usuarios para garantizar el derecho fundamental de peticion. |
| 2 | Grupo de Atención al usuario | Gestión de la Función Publica - SIMIT | Garantizar la gestión adecuada de la operación del SIMIT, de conformidad con las disposiciones legales vigentes, a través de la implementación de estrategias, políticas, planes y proyectos para el cumplimiento de la misión institucional. | Legal | Falta de conocimiento de los funcionarios sobre el objeto de cada peticion | Falta de precisión y claridad de los usuarios a la hora de presentar las peticiones | Suministrar respuestas imprecisas y/o incompletas a las peticiones que los usuarios ponen en conocimiento de la DNS a través de los distintos canales. | 1. Desorientar al usuario en los tramites a realizar sobre tránsito, transporte y/o comparendos impuestos. 2. Violación a las normas que rigen el derecho fundamental de petición |

Etapa Evaluación del Riesgo

| EVALUACIÓN DEL RIESGO | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------|--------------------------|---|-----------------|-------------------------|----|----|----|----|---------|---------------------------------|--------------|-------------------------|
| EVALUACIÓN DEL RIESGO | | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN CONTROLES EXISTENTES ¹ | TIPO DE CONTROL | CRITERIOS DE EVALUACIÓN | | | | | PUNTAJE | NUEVA CALIFICACIÓN ² | | ZONA DE RIESGO RESIDUAL |
| Probabilidad | Impacto | | | | H | M | E | R | FF | | Probabilidad | Impacto | |
| 4 - Probable | 4 - Mayor | EXTREMO | 1. Presentación de informes trimestrales. 2. Seguimiento a la matriz de PQRS la cual genera alertas. 3. Verificación permanente de los tiempos de respuesta de las PQRS | PREVENTIVO | 10 | 10 | 15 | 15 | 20 | 70 | 3 - Posible | 4 - Mayor | EXTREMO |
| 3 - Posible | 3 - Moderado | ALTO | 1. Revisión de respuestas elaboradas por los profesionales por parte de las coordinadoras del área (PQRS Y ATENCIÓN AL USUARIO) y la Jefe del centro de atención al ciudadano, 2. Verificación de la calidad de las respuestas suministradas a los usuarios mediante el canal telefonico trimestralmente | PREVENTIVO | 10 | 15 | 27 | 15 | 25 | 92 | 3 - Posible | 3 - Moderado | ALTO |

Etapa de Tratamiento del Riesgo

| TRATAMIENTO DEL RIESGO | | | | | | | |
|------------------------|---|-----------------|--|--|-------------------------------------|------------------------------------|------------|
| OPCIONES DE MANEJO | PLAN DE MANEJO DEL RIESGO - CONTROL PROPUESTO O ACCIONES A TOMAR | TIPO DE CONTROL | PLAN DE CONTINGENCIA | RESPONSABLE | | CRONOGRAMA IMPLEMENTACIÓN ACCIONES | |
| | | | | CARGO | DEPENDENCIA | INICIA | TERMINA |
| COMPARTIR O TRANSFERIR | Seguimiento diario de tiempos de respuesta de PQRS: Las peticiones llegan por el sistema de gestión documental directamente a la coordinación quien diligencia la matriz con nombre de usuario, radicado de entrada y medio de ingreso, luego son asignadas a los profesionales para dar el respectivo tramite y terminar de diligenciar los demas campos de la matriz; al revisar la respuesta a la petición la coordinación verifica con la matriz los datos diligenciados y la oportunidad de respuesta; si se encuentra alguna situación particular se activa plan de contingencia. SOPORTE : matriz de seguimiento PQRS. PROPOSITO : Controlar el cumplimiento legal de los terminos para responder. | PREVENTIVO | Respuesta inmediata al usuario, reportar a Secretaria general (coordinación administrativa y asesoria de control disciplinario) y a control interno. | 2 profesionales de coordinación de atención al usuario y coordinadora de atención al usuario | Coordinación de atención al usuario | 1/01/2022 | 31/12/2022 |

| | | | | | | | |
|------------------|---|------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|------------|
| REDUCIR Y EVITAR | <p>1. Revisión diaria de respuestas escritas elaboradas por los profesionales por parte de la coordinadora del área SOPORTE: cada petición tiene la firma de Vobo. de la coordinadora del área.</p> <p>2. Verificación de la calidad de las respuestas suministradas a los usuarios mediante el canal telefónico trimestralmente SOPORTE: acta de seguimiento con equipo de trabajo sobre evaluación de respuestas del canal telefónico.</p> <p>3. Tratándose de solicitudes de devolución de dinero, verificar diariamente las liquidaciones a pagar a través del formato. SOPORTE: acta de trabajo con equipo sobre solicitudes de devolución que ingresan y cuantas se resuelven y en que sentido realizada trimestralmente. PROPOSITO: Verificar que las respuesta sean de calidad y de fondo, de acuerdo a lo solicitado o requerido por el usuario.</p> | PREVENTIVO | Devolver a los profesionales en caso de respuestas que no tenga las características requeridas. Emitir respuesta de fondo. | Coordinadora de atención al usuario | Coordinación de atención al usuario | 1/01/2022 | 31/12/2022 |
|------------------|---|------------|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------|------------|

Etapa de Monitoreo y Control

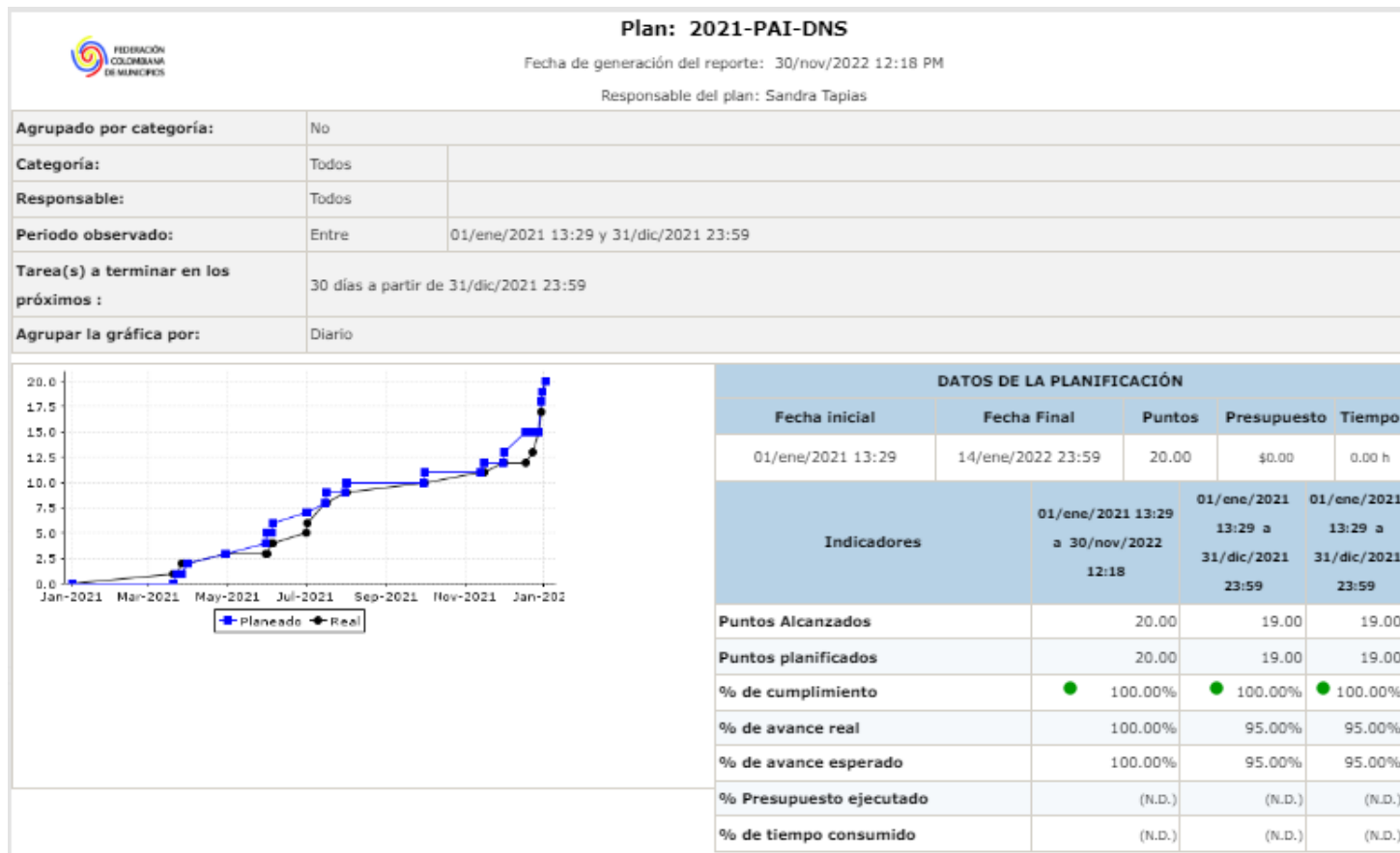
| MONITOREO Y CONTROL | | | | | | | | |
|---|--|--|------------------------|------------------|------------------|-------------|---|------------|
| REVISION EFECTUADA | SOPORTE | INDICADOR | CUMPLIMIENTO INDICADOR | PROXIMA REVISION | PROCESO ASOCIADO | RESPONSABLE | ACCION - PLAN DE MANEJO | ESTADO |
| "Se Presentó ante la Oficina de Control Interno de Gestión informe de PQRSD durante el segundo semestre del año 2021. Se realizó Seguimiento a la matriz de PQRSD la cual genera alertas y se adjunta en el informe de PQRSD durante el segundo semestre del año 2021 Se verificó a través de la matriz de PQRSD los tiempos de respuesta." | Informe de PQRSD segundo semestre del año 2021. Matriz de PQRSD se adjunta en el Informe. | Numero de PQRSD atendidas en el segundo semestre 9070. No se presentó vencimiento alguno | 100% | 15/07/2022 | N/A | N/A | No se presentaron vencimientos en las PQRSD durante el segundo semestre del año 2021, gracias al eficiente trabajo realizado por el equipo conformado por la Coordinación de atención al Usuario | Controlado |
| 1. Se reviso diariamente las respuestas escritas elaboradas por los profesionales por parte de la coordinadora del área. 2. Para las solicitudes de devolución de dinero, se verifico diariamente las liquidaciones a pagar a través del formato. | SOPORTE: cada petición tiene la firma de Vobo. de la coordinadora del área. SOPORTE: acta de seguimiento con equipo de trabajo sobre evaluación de respuestas de PQSRD atendidas a través de los canales dispuestos para tal efecto. | Numero de peticiones no resueltas de fondo (línea base peticiones reiteradas o tutelas interpuestas por este hecho). 9070 no se presento en el segundo semestre vencimineto alguno | 100% | 15/07/2022 | N/A | N/A | Se realizo revision diaria de respuestas escritas por parte de la coordinadora del área Verificación de la calidad de las respuestas suministradas a los usuarios mediante el canal telefónico trimestralmente Tratándose de solicitudes de devolución de dinero, verificar diariamente las liquidaciones a pagar a través del formato. | Controlado |

Se destaca la adecuada administración de los riesgos y el cumplimiento de reporte del seguimiento, en general se han monitoreado los riesgos hasta la vigencia 2021 para los cuales encontramos los riesgos identificados en estado de CONTROLADO. Se identifica como una fortaleza la aplicación de controles en los procedimientos los cuales evitan irregularidades y corrigen posibles falencias generando una alta productividad y eficiencia en la distribución de los recursos asociados a la función pública Simit.

4. Planeación del Área

En el desarrollo del presente Ejercicio de Auditoría, se busca evidenciar la gestión de la Coordinación en lo referente al cumplimiento de la planeación efectuada para la vigencia 2021, de este modo se procede a verificar en la herramienta Suite Visión Empresarial, dispuesta para documentar la gestión de cada área, se tiene el plan: 2021-PAI-DNS, con un cumplimiento de 100%.

A continuación, se plasma imagen con el avance generada de la SVE:



Se reflejan 3 presentaciones extemporáneas en el periodo analizado

| ? | E | Categoría | Nombre | Responsable | Puntos | Fecha inicial planificada | Fecha final planificada | Fecha de la última acción | Fecha Límite de aprobación | Fecha final real | C.F. | H.H.P. | H.H.C. | %H.H. | P. | C. | %\$ |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---------------|--------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|-----|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | D. Gestion de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Denuncias | 11.2 Generar recomendaciones a los Entes territoriales acerca de la atención al Usuario con base en la caracterización territorial para mejorar el proceso de atención a usuarios | Marcela Reyes | 1.00 | 01/jun/2021 01:00 | 17/dic/2021 23:59 | 30/dic/2021 09:13 | | 30/dic/2021 09:02 | 93.8% | 0.00 | 0.00 | | \$0.00 | \$0.00 | |

La fecha de cumplimiento era 17/12/2022 y se realizó el 30/12/2021

| ? | E | Categoría | Nombre | Responsable | Puntos | Fecha inicial planificada | Fecha final planificada | Fecha de la última acción | Fecha Límite de aprobación | Fecha final real | C.F. | H.H.P. | H.H.C. | %H.H. | P. | C. | %\$ |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|---------------|--------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|-----|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | D. Gestion de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Denuncias | 13.1 Realizar capacitaciones a los CAS y a los puntos de atención al ciudadano, sobre la política y protocolos de atención a los usuarios ya sea (presencial o Virtual) | Marcela Reyes | 1.00 | 01/feb/2021 13:39 | 17/dic/2021 23:59 | 30/dic/2021 08:51 | | 30/dic/2021 08:44 | 96.1% | 0.00 | 0.00 | | \$0.00 | \$0.00 | |

La fecha de cumplimiento era 17/12/2022 y se realizó el 30/12/2021.

| ? | E | Categoría | Nombre | Responsable | Puntos | Fecha inicial planificada | Fecha final planificada | Fecha de la última acción | Fecha Límite de aprobación | Fecha final real | C.F. | H.H.P. | H.H.C. | %H.H. | P. | C. | %\$ |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---------------|--------|---------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------|-------|--------|--------|-------|--------|--------|-----|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | D. Gestion de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Denuncias > 12. Gestionar las actividades necesarias para las peticiones quejas, reclamos, sugerencias y denuncias recibidas por la entidad, garantizando la atención de los usuarios y ciudadanos | 12.2 Analizar, asignar, distribuir y responder Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias en terminos legales. SEGUNDO SEMESTRE | Marcela Reyes | 1.00 | 01/jul/2021 13:33 | 14/ene/2022 23:59 | 18/ene/2022 11:53 | | 18/ene/2022 11:47 | 98.2% | 0.00 | 0.00 | | \$0.00 | \$0.00 | |

La fecha de cumplimiento era 14/12/2022 y se realizó el 18/01/2022

5. Seguimiento Planes de Mejoramiento Abiertos

Para la vigencia analizada revisada la herramienta SVE, no se encuentran planes de mejoramiento internos y tampoco se allegó por parte de la coordinación algún plan, por lo que se infiere que para la vigencia no existen planes de mejoramiento internos por cumplir.

De este modo los aspectos evaluados en la Auditoría se concluyen a continuación.

6. Conclusiones

El equipo auditor evaluó el desempeño del área de acuerdo con la documentación allegada y concluye teniendo en cuenta los aspectos abordados en el plan de trabajo, así:

- ✓ El componente de apropiación y aplicación del **Procedimiento Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias para la Función Pública Simit**, y demás parámetros internos relacionados con la gestión, como lo muestran las pruebas en general se tiene conocimiento en el área de estos lineamientos.
- ✓ Se verificó la planeación de la vigencia 2021, enmarcada en el cumplimiento del plan de acción anual, en la herramienta Suite Visión evidenciando un cumplimiento

aceptable, dada la presentación extemporánea de informes en relación con su planeación.

- ✓ Se sugiere formular las acciones de mejora y adoptar las medidas necesarias para corregir o prevenir los hechos y situaciones evidenciados en el ejercicio auditor, las cuales quedan consignadas en el presente documento, en procura de obtener más y mejores resultados en la gestión de la entidad.

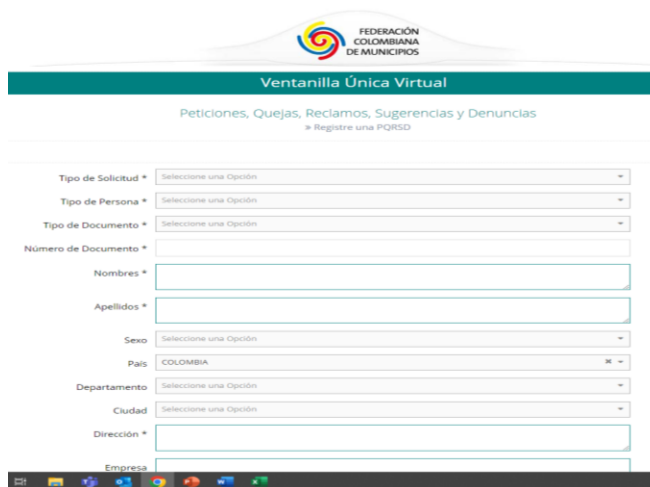
7. Fortalezas

7.1 La adecuada identificación y gestión de los riesgos lo cual facilita la óptima gestión del Procedimiento Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias para la Función Pública Simit., asociada a los controles establecidos, los cuales presentan cumplimiento de los estándares, generando efectividad en la atención Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias para la función pública Simit.

7.2 El conocimiento demostrado por el equipo acerca de la operatividad del proceso y de los criterios requeridos para realizar una adecuada gestión del Procedimiento Gestión de Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias para la Función Pública aunado a una muy buena disposición del equipo por apoyar y facilitar la gestión de la auditoría.

7.3 La agilidad en los tiempos de respuesta a las solicitudes a entes y organismos de control como Contraloría, Procuraduría, Fiscalía entre otros.

7.4 Se destaca como una fortaleza el que se puso a disposición de la ciudadanía la posibilidad de presentar sus PQRSD desde la página web de la entidad.



The screenshot shows a web form titled 'Ventanilla Única Virtual' for the 'FEDERACIÓN COLOMBIANA DE MUNICIPIOS'. The form is for submitting 'Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias' and includes a link to 'Registre una PQRSD'. The form fields are as follows:

- Tipo de Solicitud * (Dropdown menu: Seleccione una Opción)
- Tipo de Persona * (Dropdown menu: Seleccione una Opción)
- Tipo de Documento * (Dropdown menu: Seleccione una Opción)
- Número de Documento * (Text input field)
- Nombres * (Text input field)
- Apellidos * (Text input field)
- Sexo (Dropdown menu: Seleccione una Opción)
- País (Dropdown menu: COLOMBIA)
- Departamento (Dropdown menu: Seleccione una Opción)
- Ciudad (Dropdown menu: Seleccione una Opción)
- Dirección * (Text input field)
- Empresa (Text input field)

8 Hallazgos y Observaciones

Hallazgos

8.1 Se identificó como el único hallazgo para el área la necesidad de realizar actualización y optimización de los diferentes protocolos, instructivos, formatos, matrices y demás documentación del manejo del área. Al realizar la revisión de las políticas de datos, se evidencia que estas se encuentran sin actualizar desde el año 2016: Protocolo de atención al usuario, políticas de calidad de atención al ciudadano y el instructivo derechos de petición), se debe realizar una actualización y optimización en coordinación con el área de planeación en pro de la mejora continua además teniendo en cuenta el rol de la Coordinación con respecto a la nueva operación concesionada y su interacción con los operadores en especial en cuanto los CAS, seguramente será necesario crear documento técnico dirigido a éstos operadores. En cuanto a los Formatos de evaluación atención presencial: Se debe diseñar un método más eficiente para realizar la evaluación de la atención personal, dado que no todas las personas que asisten a las instalaciones de la FCM están dispuestas a diligenciar los formatos a mano y es importante que se registre un consecutivo en las evaluaciones para garantizar la transparencia de la información.

Observaciones

8.2 Plan de Acción Institucional (PAI), puesto que es el instrumento para la planeación y el seguimiento de las metas y actividades a realizar por las áreas de la FCM, y que en el que se consolidan las acciones previstas para alcanzar los fines propuestos en cada vigencia, en alineación con los objetivos estratégicos. En el PAI se deben incorporar todas las actividades realizadas por el Grupo, dado que se les recomienda a las áreas registrar sus funciones y responsabilidades se hace necesario tener en cuenta para la futura formulación de los planes de acción de la vigencia 2023 el incorporar todas las actividades realizadas por el Grupo de Atención al Ciudadano con el fin de evidenciar toda la gestión que desarrollan.

8.3 La actividad de control y monitoreo realizada por el coordinador del área a los profesionales, asistentes y contratistas a través de la herramienta CEDO, se debe centralizar en un solo usuario con el fin de optimizar los tiempos.

8.4 Una vez realizada la revisión del archivo PDF llamado matriz primer semestre 2021, se sugiere reorganizar el manejo de la matriz, con el fin de tener conocimiento real del tiempo de respuesta a cada una de las solicitudes sin importar el medio de asignación de estas.

8.5 Una vez realizada la revisión del archivo “instructivo para la asignación y respuesta de las PQRSD Simit, se evidencia la necesidad de crear y formalizar un instructivo de optimización del proceso para dar mas claridad a los casos y solicitudes realizadas por la ciudadanía.

9 Etapa Socialización

Se procede a enviar el informe a las partes interesadas y se espera comentarios para socializar y demás situaciones que se propongan.

ANA CAROL MARCELA GONZALEZ SERNA **Jefe Oficina de Control Interno de Gestión**

Elaboró: Carlos Alberto Vargas Bermúdez – Contratista de Apoyo Oficina Control Interno de Gestión
Ana Carol Marcela González Serna - Jefe Oficina de Control Interno de Gestión

Revisó /Aprobó: Ana Carol Marcela González Serna - Jefe Oficina de Control Interno de Gestión