

CONTENIDO

1. OBJETIVO	2
2. AMBITO DE APLICACIÓN	2
3. NORMATIVIDAD ASOCIADA	3
4. ENFOQUE DE CONTROL EN EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)- SÉPTIMA DIMENSIÓN.....	3
5. DOCUMENTOS ASOCIADOS.....	5
6. GLOSARIO	6
7. DESCRIPCIÓN	9
7.1 Fuentes de Información:	11
7.2 Criterios de Evaluación	12
7.2.1 Evaluación Plan de Acción Institucional – POA	12
7.2.2 Planes de Mejoramiento	13
7.2.3 Administración de riesgos.....	14
7.2.4 Proyectos de inversión.....	15
7.2.5 Gestión de PQRSDf	16
8. CONSIDERACIONES GENERALES.....	17

1. OBJETIVO

Establecer la metodología para evaluar la gestión por dependencias de la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia, de conformidad con lo señalado en la Ley 909 de 2004 y demás normas complementarias.

2. AMBITO DE APLICACIÓN

Los criterios establecidos en el presente documento aplicarán a las Subsecretarías, Direcciones y Oficinas que conforman la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia. La denominación que tiene cada área funcional de la Entidad se reúne en un solo término como “dependencia”.

TIPO	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
Oficinas	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Análisis de Información y Estudios Estratégicos Oficina Asesora de Planeación Oficina de Control Interno Oficina de Control Disciplinario Interno Oficina Asesora de Comunicaciones Oficina Centro de Comando Control Comunicaciones y Cómputo (C-4) 	6
Subsecretarías	<ul style="list-style-type: none"> Subsecretaría de Seguridad y Convivencia Subsecretaría de Acceso a la Justicia Subsecretaría de Inversiones y Fortalecimiento de Capacidades Operativas Subsecretaría de Gestión Institucional 	4
Direcciones	<ul style="list-style-type: none"> Dirección de Prevención y Cultura Dirección de Seguridad Dirección de Acceso a la Justicia Dirección de Responsabilidad Penal Adolescente Dirección Cárcel Distrital de Varones y Anexo de Mujeres Dirección de Recursos Físicos y Gestión Documental Dirección de Bienes Dirección Técnica Dirección de Operaciones Dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información Dirección de Gestión Humana Dirección Jurídica y Contractual Dirección Financiera Dirección Centro Especial de Reclusión – CER 	14
Total		24

Tabla 1. Dependencias para evaluar en la Entidad
Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno

3. NORMATIVIDAD ASOCIADA

Ver Normas asociados del documento en <https://portalmipg.scj.gov.co>

4. ENFOQUE DE CONTROL EN EL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)- SÉPTIMA DIMENSIÓN.

El control en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) es una función administrativa esencial que garantiza la sostenibilidad institucional y el cumplimiento de los objetivos estratégicos. En este marco, la Séptima Dimensión enfatiza la importancia del Sistema de Control Interno, articulando el Modelo Estándar de Control Interno (MECI) con los principios de autocontrol, autogestión y autorregulación, así como con los componentes clave del sistema: ambiente de control, evaluación del riesgo, actividades de control, información y comunicación, y seguimiento y monitoreo.

La Oficina de Control Interno en adelante OCI desempeña un papel fundamental en la prevención y evaluación de riesgos, mediante la aplicación de herramientas de gestión que permiten hacer seguimiento a los objetivos misionales, estratégicos y operacionales de la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia. Así mismo, a través de la adopción del Estatuto de Auditoría y el Código de Ética del Auditor, la OCI ofrece asesoramiento y evaluación objetiva e independiente de los procesos institucionales, generando informes de seguimiento y recomendaciones preventivas para la toma de decisiones.

El Sistema de Control Interno es responsabilidad de todos los servidores públicos, quienes deben contribuir a su efectividad mediante la gestión adecuada de sus funciones. Su implementación debe estar interiorizada en las dependencias, promoviendo una cultura de control que fortalezca la planeación, el cumplimiento de objetivos estratégicos y la consecución de metas institucionales.

En este contexto, la Séptima Dimensión estructura la cultura del control bajo el siguiente esquema de Líneas de Defensa, estableciendo roles y responsabilidades claras en la gestión y supervisión de riesgos, garantizando así una administración eficiente y transparente:

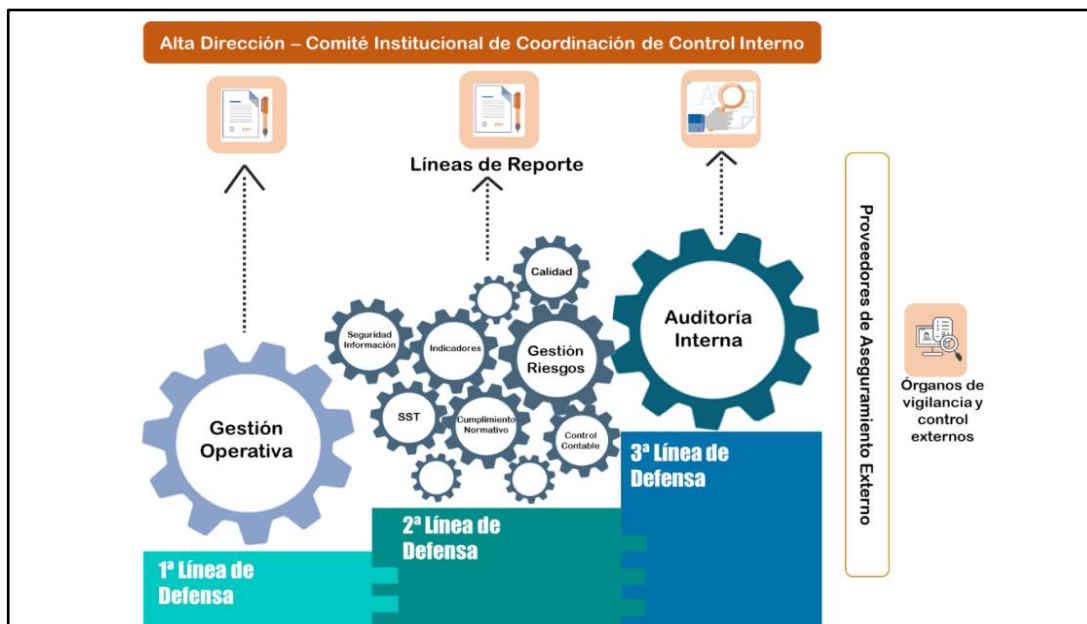


Imagen 1. Línea Estratégica y Líneas de Defensa

Fuente: Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 6

El Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 6 establece las siguientes Líneas de defensa:

- **“Línea estratégica de defensa:** Está conformada por la Alta Dirección y el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno. La responsabilidad de esta línea de defensa se centra en la emisión, revisión, validación y supervisión del cumplimiento de políticas en materia de control interno, gestión del riesgo, seguimientos a la gestión y auditoría interna para toda la entidad.
- **Primera línea de defensa:** Esta línea de defensa les corresponde a los servidores en sus diferentes niveles, quienes aplican las medidas de control interno en las operaciones del día a día de la entidad. Se debe precisar que cuando se trate de servidores que ostenten un cargo de responsabilidad (jefe) dentro de la estructura organizacional, se denominan controles de gerencia operativa, ya que son aplicados por líderes o responsables de proceso. Esta línea se encarga del mantenimiento efectivo de controles internos, por consiguiente, identifica, evalúa, controla y mitiga los riesgos.
- **Segunda línea de defensa:** Esta línea de defensa está conformada por servidores que ocupan cargos del nivel directivo o asesor (media o alta gerencia), quienes realizan labores de supervisión sobre temas transversales para la entidad y rinden cuentas ante la Alta Dirección. Aquí se incluyen a los jefes de planeación, o quienes hagan sus veces; coordinadores de equipos de trabajo, coordinadores de sistemas de gestión, gerentes de

riesgos (donde existan), líderes o coordinadores de contratación, financiera y de TIC, entre otros que se deberán definir acorde con la complejidad y misionalidad de cada organización. Esto le permite a la entidad hacer un seguimiento o autoevaluación permanente de la gestión, de manera que pueda orientar y generar alertas a las personas que hacen parte de la 1ª línea de defensa, así como a la Alta Dirección (Línea Estratégica).

Esta línea se asegura de que los controles y procesos de gestión del riesgo de la 1ª línea de defensa sean apropiados y funcionen correctamente, además, se encarga de supervisar la eficacia e implementación de las prácticas de gestión de riesgo, ejercicio que implicará la implementación de actividades de control específicas que permitan adelantar estos procesos de seguimiento y verificación con un enfoque basado en riesgos.

- **Tercera línea de defensa:** *Esta línea de defensa está conformada por la Oficina de Control Interno, quienes evalúan de manera independiente y objetiva los controles de 2ª línea de defensa para asegurar su efectividad y cobertura; así mismo, evalúa los controles de 1ª línea de defensa que no se encuentren cubiertos -y los que inadecuadamente son cubiertos por la 2ª línea de defensa.*

La interacción entre la 2ª línea de defensa (proveedores internos de aseguramiento) y la 3ª línea de defensa y estas con los proveedores externos de aseguramiento (organismos de control y otras instancias de supervisión o vigilancia) serán representadas en una matriz de doble entrada denominada mapa de aseguramiento, herramienta considerada por el Instituto de Auditores como adecuada e idónea para coordinar las diferentes actividades de aseguramiento, visualizar el esfuerzo en común y mitigar los riesgos de una manera mucho más integral.¹

5. DOCUMENTOS ASOCIADOS

- Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 6
- Política de Administración de Riesgos PO-FI-02
- Procedimiento Planes de Mejoramiento Interno PD-SM-4
- Planes de Mejoramiento Institucional Contraloría de Bogotá PD-SM-5
- Procedimiento para la Gestión de Peticiones Ciudadanas PD-AR-03
- Guía de Administración del Riesgo G-FI-04
- Guía de Formulación Seguimiento Y Monitoreo del Plan De Acción - POA G-DE-02
- Guía Metodológica para la medición de la Calidad de las Respuestas a las Peticiones Ciudadanas y la Satisfacción Ciudadana en Canales de Atención G-AR-02

¹ Definiciones del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión Versión 6 Diciembre de 2024

- Herramienta de Medición Evaluación por Dependencias F-SM-981.
- Matriz de Trazabilidad de PQRSDF Ciudadanas F-AR-1478

6. GLOSARIO

6.1. Evaluación por Dependencias

Ejercicio de evaluación anual, objetivo e independiente realizado por la OCI para verificar el cumplimiento de metas institucionales y la gestión de cada dependencia de la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia (SDSCJ).

6.2. Evidencias

Son los documentos físicos o digitales que respaldan la ejecución y seguimiento de actividades. Deben cumplir con los principios de veracidad, precisión, calidad y cantidad ejecutada.

6.2.1. Consistencia y Calidad de las Evidencias

Cada dependencia debe garantizar que la evidencia esté alineada con la actividad reportada y permita al auditor emitir una opinión basada en datos verificables.

Ejemplo de evidencia aceptada:

A continuación, se ejemplifica dicha situación:

Actividad	Meta	Entregable	Periodicidad	Evidencia Aceptada
Generar reporte trimestral de seguimiento a expedientes físicos y SECOP de contratos supervisados.	100% expedientes revisados.	Informe de seguimiento y expedientes con requisitos de gestión documental.	Trimestral	Informe trimestral con datos verificables y correo de remisión.
Realizar mesas de trabajo con el C4 sobre custodia de videos y delimitación de espacios de monitoreo.	Mesas realizadas.	Actas de mesas de trabajo.	Trimestral	Acta con temas tratados (firmadas), compromisos, lista de asistencia y evidencia visual.

Tabla 2. Evidencia aceptada de acuerdo con el entregable asociado
Fuente: Plan de Mejoramiento Interno - Oficina de Control Interno

En términos de consistencia y calidad las evidencias deben ser:

- a. Elaboradas bajo normas de imagen institucional de la Entidad definidas por la Alcaldía Mayor de Bogotá y adoptadas por la SDSCJ a través de la Oficina Asesora de Comunicaciones.

Corresponde a las plantillas, formatos (presentaciones), uso de logos y membretes oficiales de la Entidad y son:

- Memorandos
- Oficios
- Actas de reunión
- Listas de asistencia

Se requiere del registro de título, fechas y firmas del responsable (s) de la ejecución de la actividad por parte de la Línea estratégica, 1a., 2a. y/o 3a. Líneas de Defensa.

Asimismo, deben permitir observar mecanismos de autocontrol (revisión por parte del coordinador o líder del proceso) y por lo tanto serán criterio de calificación, al igual que las fechas, nombres o títulos de informes.

- b. Sin prejuicios para evitar interpretaciones.
- c. Legibles para permitir la interpretación de calidad de su contenido. Sin enmendaduras, de fácil lectura.
- d. Concordante con la actividad formulada, tipo de Meta, meta Anual (unidad de medida - cantidad). La evidencia debe guardar estricta relación con la actividad planteada por la dependencia.
- e. Verificable cuando 2 o más evaluadores llegan por separado al mismo concepto y conclusión.
- f. Confiable. La evidencia debe demostrar que es auténtica.
- g. Relevante, para permitir llegar a la conclusión de la evaluación. Se demuestra con la garantía de su contenido; lo que implica que un informe, reporte o registro suministrado debe permitir la identificación plena; de tal manera que, permita llegar a la conclusión frente al cumplimiento. La evidencia en sí misma da cuenta de la ejecución de la actividad y debe estar libre de toda interpretación.

6.2.2. Condiciones excepcionales de las evidencias

Con ocasión del teletrabajo, trabajo en casa y la virtualidad se presentan a continuación las siguientes orientaciones que se deben tener en cuenta para el proceso de evaluación por parte de cada una de las dependencias:

- i. Las firmas de los documentos, trátese de informes, reportes o actas, pueden ser escaneadas, guardadas en PDF y dispuestas en el documento. Las firmas de los informes deben ser de quién elaboró, revisó y aprobó, este último será o un líder del proceso y/o directivo.
- ii. Si existen dificultades para incluir las firmas, también se puede registrar en el campo destinado para éstas la siguiente inscripción: “Se avala su contenido por - nombres completos y cargo” (Líder del Proceso, Directivo y/u Organizador) y se graba en PDF.
- iii. Si las evidencias corresponden a reuniones, sin que se haya especificado si son presenciales, virtuales, se podrán aceptar cuando se dispongan de grabaciones, la URL, impresión en PDF de lista de asistencia bajadas del aplicativo o plataforma utilizado como TEAMS, Facebook Live, Zoom, Google Meeting o cualquier herramienta digital utilizada: de igual forma, registro fotográfico de la reunión, correos electrónicos que las soportan como por ejemplo aquel que señala que la grabación esta lista para ser escuchada, editada, guardada; todo ello, grabado en PDF.
- iv. Los correos electrónicos se pueden incluir en el portafolio bajo la modalidad de impresión en PDF que den cuenta de la actividad no como una imagen.
- v. Los informes, reportes, actas, plantillas, archivos Excel, formatos y demás evidencias que estén definidas en la unidad de medida de los diferentes aspectos que forman parte de la evaluación de Gestión por Dependencias deben ser válidas, siempre y cuando den respuesta a la gestión de la dependencia. En el evento en que una actividad contraste con el acta y que ésta no indique la gestión, no se valdrá y en consecuencia así será la calificación.
- vi. En caso de unidades de medida como formatos, reportes o plantillas pueden ser aceptadas las evidencias presentadas en archivos de hojas Excel siempre y cuando describan y detallen la relación de la actividad, fecha, beneficiarios, temas tratados, sitio, etc.; en lo posible, deben registrar el nombre de la dependencia que elabora, nombres completos y cargos de quien elaboró y aprobó y fecha correspondiente.

6.3. Sujetos de Evaluación

La evaluación se realiza a nivel general para la Entidad y, de manera particular, para cada una de las 24 dependencias que la conforman.

6.4. Repositorios de Información Electrónica

Son herramientas de almacenamiento que contienen documentos y registros como listas de asistencia, actas, informes, reportes, acuerdos, correos electrónicos, grabaciones, entre otros.

Los repositorios deben mantener información actualizada y organizada para facilitar la verificación de evidencias en relación con:

- Plan de Acción Institucional – POA.
- Proyectos de inversión.
- Plan de Mejoramiento (interno y externo).
- Administración del Riesgo.
- Gestión de PQRSDF.

7. DESCRIPCIÓN

La OCI establece los presentes lineamientos para la Evaluación de la Gestión por Dependencias, definiendo los criterios y la metodología que se aplicarán en este ejercicio de evaluación independiente.

La gestión operativa, ejercida por la primera línea de defensa, recae en todas las dependencias de la Entidad, las cuales son responsables de garantizar el cumplimiento de los objetivos establecidos. Dicho cumplimiento será evaluado mediante las herramientas definidas en estos lineamientos.

El proceso de evaluación se fundamenta en la planeación institucional, los objetivos específicos de cada dependencia, los compromisos adquiridos, las actividades programadas y los resultados esperados.

En ejercicio de su rol de Liderazgo Estratégico, la OCI ha desarrollado un instrumento de seguimiento y evaluación denominado “Medición de Evaluación por Dependencias”. Este consolidado permite analizar los resultados obtenidos en cada uno de los criterios evaluados a lo largo de la vigencia, proporcionando información clave para la toma de decisiones por parte de la Alta Dirección.

Para el proceso de Evaluación de la Gestión por Dependencias, se han establecido los siguientes criterios, los cuales serán aplicados mediante la Herramienta de Medición Evaluación por Dependencias - F-SM-981

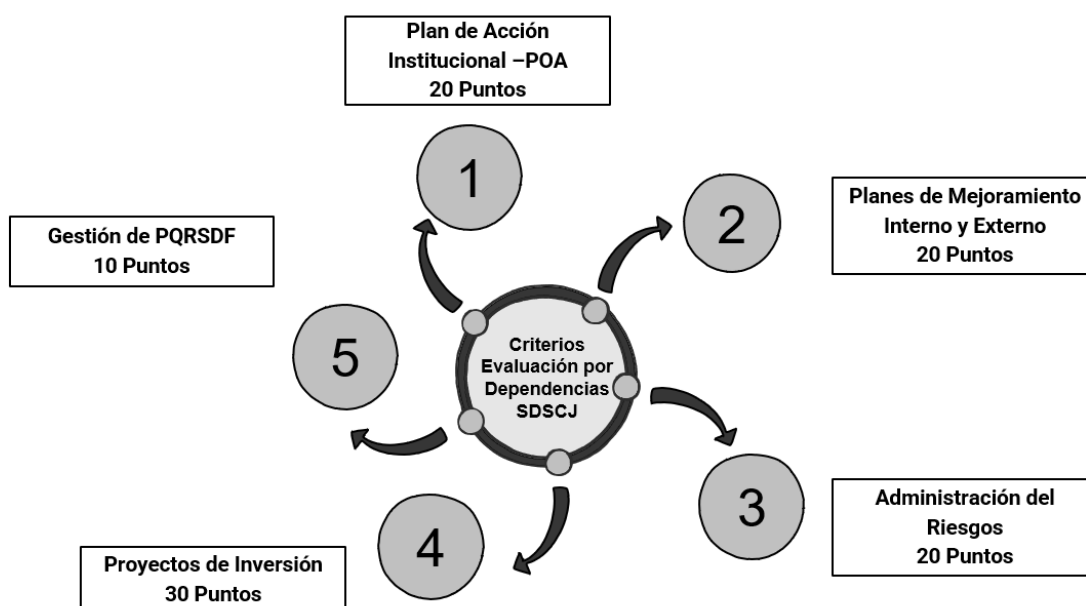


Imagen 2. Estructura para la evaluación por dependencias.
Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno

Cada uno de los criterios cuenta con una puntuación máxima asignada, como se detalla en la siguiente tabla. La sumatoria de estos valores equivale a un total de 100 puntos correspondientes al 100%.

CRITERIO DE EVALUACIÓN	VALOR EN PUNTOS
Plan de Acción Institucional-POA	20
Planes de Mejoramiento Internos y externos	20
Administración de Riesgos	20
Proyectos de inversión	30
Gestión de PQRSDf	10
Total	100

Tabla 3. Valor en puntos para cada criterio evaluado
Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno

En caso de que alguno de los criterios **no aplique** durante la vigencia evaluada, la calificación se calculará con base en los criterios restantes, ajustando proporcionalmente los resultados para mantener una escala del 100%.

Ahora bien, una vez evaluados los criterios establecidos y teniendo en cuenta el puntaje obtenido, la herramienta dará a conocer el resultado porcentual de la dependencia, el cual se clasificará en los siguientes rangos:

Clasificación	Rango (%)
Sobresaliente	90 % - 100 %
Satisfactorio	70 % - 89 %
Aceptable	0 % - 69 %

Tabla 4. Clasificación General Evaluación por Dependencias
Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno

Es importante señalar que, el rango de clasificación obedece a una calificación general, por lo tanto, en aquellos criterios que presenten calificación menor al puntaje máximo a obtener se deberán establecer las respectivas acciones para fortalecer o mejorar los resultados frente a la gestión de las dependencias.

7.1 Fuentes de Información:

A continuación, se relacionan las fuentes de información insumo para realizar la evaluación de la Gestión por Dependencias:

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	FUENTES DE INFORMACIÓN	PERIODICIDAD	RESPONSABLE
Plan de Acción Institucional-POA	Informe y Matriz de seguimiento a Plan de Acción.	TRIMESTRAL	Oficina Asesora de Planeación.
	Informe de evaluación Plan de Acción Institucional.	SEMESTRAL	Oficina de Control Interno.
Planes de Mejoramiento Internos y externos	Matrices de seguimiento	TRIMESTRAL	Oficina de Control Interno.
Administración de Riesgos	Informe de evaluación a riesgos de gestión. Matriz de Riesgos de Gestión	TRIMESTRAL	Oficina Asesora de Planeación.
Proyectos de inversión.	Reporte de gestión por Entidad o Alcaldía Local.	TRIMESTRAL	Oficina Asesora de Planeación.
	Reporte de Inversión por Sector Seguridad, Convivencia y Justicia		
Gestión de PQRDF	Matriz de seguimiento de PQRDF	MENSUAL	Subsecretaría de Gestión Institucional

Tabla 5. Fuentes de Información para la Evaluación
Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno

7.2 Criterios de Evaluación

Cada aspecto tendrá criterios asociados que permitirán establecer su valoración en puntos de acuerdo con las características propias de los ítems evaluados.

7.2.1 Evaluación Plan de Acción Institucional – POA

La evaluación de este criterio se basa en dos aspectos

- i. **Entrega oportuna de reportes:** Reporte inicial 2 puntos corresponde a la publicación del Plan de Acción institucional en la página web de la entidad a más tardar el **del 31 de enero de cada año**, así mismo, cada dependencia debe presentar cuatro reportes periódicos trimestrales dentro de las fechas establecidas por la Oficina Asesora de Planeación. Por cada reporte entregado oportunamente, se otorgan 2 puntos, para un total de **10 puntos**.
- ii. **Cumplimiento anual de las actividades:** Se asignan 10 puntos según el nivel de cumplimiento de las metas anuales del POA. La calificación se determina con base en el cálculo del indicador establecido para cada meta, considerando la información soportada en las evidencias disponibles en el repositorio del Plan de Acción Institucional.

De acuerdo con la puntuación obtenida en este criterio, el resultado final del componente será clasificado según la siguiente escala:

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	RANGO
Sobresaliente	Entre 18 y 20
Satisfactorio	Entre 14 y 17
Aceptable	Entre 0 y 13

Tabla 6. Escala Calificación General POA

Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno

Las evidencias se deben cargar en el repositorio dispuesto para tal fin en las fechas establecidas por la Oficina Asesora de Planeación. Resulta importante la participación de los líderes operativos en el oportuno cargue de reportes y/o evidencias, para efectos de asegurar el ejercicio de seguimiento realizado por la segunda línea de defensa.

Respecto a la evaluación a cargo de la tercera línea de defensa, se precisa que esta se realizará conforme a lo establecido en el Plan Anual de Auditoría vigente, teniendo como propósito dar a conocer los resultados parciales de la misma con las dependencias de la entidad, a fin de tomar las medidas necesarias para el cumplimiento de las metas establecidas.

Nota: Los lineamientos técnicos del criterio a evaluar se encuentran definidos en los documentos institucionales que orientan su aplicación, seguimiento y control. Dichos documentos constituyen la base normativa y procedimental que respalda la gestión de este criterio y deben ser considerados como referencia para la verificación de su cumplimiento. Para este criterio, el documento de referencia es la Guía de Formulación, Seguimiento y Monitoreo del Plan de Acción – POA (G-DE-02).

7.2.2 Planes de Mejoramiento

Para esta evaluación se tendrán en cuenta el Plan de Mejoramiento Institucional y el Plan de Mejoramiento Interno, de acuerdo con la siguiente formulación:

(Número de acciones ejecutadas por la dependencia del plan de Mejoramiento (Interno y/o Externo) dentro de las fechas de compromiso establecidas en el periodo / número total de acciones programadas en el periodo) x100

La calificación de este criterio se determina de acuerdo con el resultado de la ponderación de las dos variables de origen, se otorgarán los 20 puntos para este criterio basados en la evidencia y cumplimiento de los planes de mejoramiento (Interno y/o Institucional según aplique). Si las dependencias no tienen o no han tenido auditorias por el ente externo de control o por parte de la Oficina de Control Interno para el periodo evaluado, la evaluación determinará que no aplica (N/A) por ende, este criterio no será evaluado.

La fuente de información para la aplicación de la formulación corresponde a las matrices de seguimiento de cada uno de los planes, la cual reposa en la Oficina de Control Interno y Portal MIPG.

De acuerdo con la puntuación obtenida en este criterio, el resultado final del componente será clasificado según la siguiente escala:

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	RANGO	CALIFICACIÓN EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
Sobresaliente	90 % - 100 %	20
Satisfactorio	70 % - 89 %	10
Aceptable	0 % - 69 %	5

Tabla 7. Escala Calificación General Plan de Mejoramiento Interno y/o Institucional

Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno

Nota: Los lineamientos técnicos del criterio a evaluar se encuentran definidos en los documentos institucionales que orientan su aplicación, seguimiento y control. Dichos documentos constituyen la base normativa y procedimental que respalda la gestión de este criterio y deben ser considerados como referencia para la verificación de su cumplimiento. Para este criterio, los documentos de referencia son Procedimiento Planes de Mejoramiento Interno PD-SM-4 y Planes de Mejoramiento Institucional Contraloría de Bogotá PD-SM-5.

7.2.3 Administración de riesgos

Para determinar el cumplimiento de este criterio, la Oficina de Control Interno, tendrá en cuenta lo siguiente:

- i. Revisión y/o ajustes a los riesgos de gestión y controles asociados realizados por la Primera y/o Segunda Línea de Defensa, al menos una vez al año.
- ii. Verificará a través del informe de seguimiento de cada trimestre elaborado por la Oficina Asesora de Planeación, las fechas en las cuales cada proceso reportó la ejecución y las evidencias asociadas a sus riesgos de gestión y controles, para lo cual se tendrá en cuenta las fechas establecidas en la Política de Administración de Riesgos vigente. Para efectos de este lineamiento, la Oficina de Planeación determinará los riesgos de gestión asociados a cada dependencia.

El cumplimiento de los 15 puntos se otorgará de acuerdo con la siguiente escala definida a partir del cumplimiento de los ítems contemplados en la política de administración del riesgo.

NO.	ASPECTOS DE EVALUACIÓN	EVALUACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE
1	Elaboración, revisión y/o actualización del Mapa de Riesgos	Al menos una vez al año	3	0
2	Reporte de Seguimiento 1 (I Trimestre)	De conformidad con la Política de Administración de Riesgos	3	0
3	Reporte de Seguimiento 2 (II Trimestre)		3	0
4	Reporte de Seguimiento 3 (III Trimestre)		3	0
5	Reporte de Seguimiento 4 (IV Trimestre)		3	0
Calificación			15	0

Tabla 8. Escala de acuerdo con la calificación obtenida

Fuente: Elaboración propia a partir de la Política de Administración del Riesgo

- iii. Evaluación del control: El resultado del Informe de la Oficina Asesora de Planeación frente a la efectividad del control de los riesgos de gestión determinará el cumplimiento de los cinco

puntos restantes, teniendo en cuenta el numeral “10.8 Etapa 8: Calificación del control” definido en la G-FI-04 - Guía de Administración de Riesgos V3 de la SDSCJ:

RANGO DE CALIFICACIÓN	RESULTADO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTROL	CALIFICACIÓN EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
Fuerte	El control se ejecuta de manera consistente por parte del responsable.	5
Moderado	El control se ejecuta algunas veces por parte del responsable.	4
Débil	El control no se ejecuta por parte del responsable	3

Tabla 9. Escala de acuerdo con la calificación obtenida

Fuente: Elaboración propia a partir de la Política de Administración del Riesgo (G-FI-04 V3) de la SCJ

De acuerdo con la puntuación obtenida en este criterio, el resultado final del componente será clasificado según la siguiente escala:

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	RANGO
Sobresaliente	Entre 18 y 20
Satisfactorio	Entre 14 y 17
Aceptable	Entre 0 y 13

Tabla 10. Escala Calificación General Administración Riesgo

Fuente: Elaboración propia Oficina de Control Interno

Nota: Los lineamientos técnicos del criterio a evaluar se encuentran definidos en los documentos institucionales que orientan su aplicación, seguimiento y control. Dichos documentos constituyen la base normativa y procedimental que respalda la gestión de este criterio y deben ser considerados como referencia para la verificación de su cumplimiento. Para este criterio, los documentos de referencia son la Política de Administración de Riesgos PO-FI-02 y Guía de Administración del Riesgo G-FI-04

7.2.4 Proyectos de inversión

Se evalúa con base en los resultados obtenidos por la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia - SDSCJ registrados en el SEGPLAN 2.0 durante la vigencia, teniendo en cuenta la ejecución de metas físicas y el presupuesto asignado para la vigencia.

La determinación del cumplimiento de los aspectos anteriormente relacionados se realizará con base en la medición de los rangos descritos en el SEGPLAN 2.0 así:

NIVEL DE CUMPLIMIENTO	RANGO	CALIFICACIÓN EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
Alto	>90%	30
Medio Alto	>79y<=90%	20
Medio Bajo	>50y<=79%	10
Bajo	>=0y<=50%	5

Tabla 11. Escala de acuerdo con la calificación obtenida

Fuente: Elaboración propia a partir de la escala definida en el Reporte de gestión por Entidad o Alcaldía Local

Nota: Es importante precisar que la asignación de las actividades correspondientes al proyecto de inversión se llevará a cabo conforme a la normatividad interna vigente, garantizando el cumplimiento de los lineamientos, procedimientos y disposiciones establecidas por la Entidad para la planeación, ejecución y seguimiento de dichas actividades.

7.2.5 Gestión de PQRSDF

Para este criterio se tendrá en cuenta la atención oportuna de peticiones asignadas a cada una de las dependencias de acuerdo con los términos establecidos en la Ley 1755 de 2015 y demás normas que complementen. Esta información se obtiene del formato “*Matriz de Trazabilidad de PQRS ciudadanas F-AR-1478*” y de los Informes de Seguimiento emitidos por la Oficina de Control Interno, de conformidad con lo establecido en el procedimiento para la Gestión de Peticiones Ciudadanas PD-AR-03.

La evaluación se fundamentará en el porcentaje de peticiones extemporáneas que aporta cada dependencia al total institucional, con el fin de calificar de acuerdo con el nivel de riesgo que representa para el cumplimiento global de la entidad. Este enfoque busca identificar con mayor precisión aquellas dependencias cuyo desempeño afecta la gestión general de PQRSDF, priorizando así la toma de decisiones correctivas o preventivas.

(número de peticiones asignadas a la dependencia con respuesta fuera de términos de ley / número de peticiones con respuesta fuera de términos de ley de la entidad) x100

Gestión de PQRSDF	PORCENTAJE DE PQRSDF CON RESPUESTA FUERA DE TERMINOS DE LEY	CALIFICACIÓN EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS
Crítico	≥ 20%	1
Aceptable	5%-19,99%	5
Sobresaliente	0%-4,99%	10

Tabla 12. Escala de Calificación PQRSDF

Fuente: Elaboración Propia OCI

Es importante precisar que el rango de cumplimiento establecido para la gestión de peticiones aplica únicamente para la calificación de la evaluación por dependencias, esto teniendo en cuenta que el total de las peticiones deben ser tramitadas en los tiempos normativos evitando así faltas disciplinarias y/o sanciones legales como lo indica la Ley 1755 de 2015.

Nota: Los lineamientos técnicos del criterio a evaluar se encuentran definidos en los documentos institucionales que orientan su aplicación, seguimiento y control. Dichos documentos constituyen la base normativa y procedimental que respalda la gestión de este criterio y deben ser considerados como referencia para la verificación de su cumplimiento. Para este criterio, el documento de referencia es la Guía Metodológica para la medición de la Calidad de las Respuestas a las Peticiones Ciudadanas y la Satisfacción Ciudadana en Canales de Atención G-AR-02.

8. CONSIDERACIONES GENERALES

- La Alta Dirección debe propender por el cumplimiento de las actividades de gestión en términos de eficacia y eficiencia teniendo en cuenta las directrices impartidas en relación con los diferentes criterios objeto de calificación para la Evaluación de Gestión por Dependencias.
- De la gestión adelantada por parte de los jefes de las dependencias y del cargue y/o reporte de evidencias con las características mencionadas en el numeral 6.4 dependerá el resultado obtenido al cierre de la vigencia en los diferentes criterios.
- La Oficina de Control Interno dentro de su rol de asesoría realizará las mesas de trabajo necesarias para aclaraciones, orientaciones, conceptos o recomendaciones que puedan surgir en el marco de la implementación de la presente metodología.
- Por parte de la Oficina de Control Interno, durante cada vigencia se realizará un ejercicio de aplicación de la metodología expuesta en el presente documento, a fin de determinar el estado de cumplimiento en los diferentes criterios a calificar y establecer posibles alertas a las dependencias.
- De acuerdo con la fecha de presentación de la evaluación por dependencias y en consideración a las fechas de seguimiento por parte de la Oficina de Control Interno, los insumos necesarios para el desarrollo de esta evaluación en el cuarto trimestre de la vigencia serán requeridos a más tardar para la segunda semana del mes de enero.
- La OCI comunicará por correo electrónico a las dependencias el informe con los resultados de la evaluación, y se dispondrá de dos días hábiles para pronunciarse de manera formal

(memorando, correo electrónico) al respecto y en caso de no estar de acuerdo, se deberá aportar las evidencias correspondientes. De no recibirse respuesta en el plazo definido, la Oficina de Control Interno dará como aceptado el informe, así como la calificación obtenida.

Elaboró: Sandra Lilibiana Martínez Méndez - Contratista Oficina de Control Interno

Revisó: Karol Andrea Parraga Hache - Jefe Oficina de Control Interno

La información de aprobación de este documento podrá ser consultada en el sistema "Portal MIPG" - <https://portalmipg.scj.gov.co/>