

ECHA NMA	ORIGEN (1)	SITUACIÓN ENCONTRADA (2)	CAUSAS (3)	EFECTO (4)	TIPO DE ACCIÓN A TOMAR (5)				DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN (6)	RESPONSABLE (7)	FECHA (8) D/M/A		SECCION DE AVANCE ACCIÓN (9) (diligenciado por el responsable o delegado del proceso)		Verificación cumplimiento (10) (diligenciado por el delegado de la OCI - Responsable Subistema- Jefe Inmediato - Supervisor de Contrato)			
					C	AC	AP	AM			INICIA	TERMINA	Fecha Revisión	Avance	Fecha Verificación	Cerrada	Sin Cerrar	Observaciones
1	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	Se pudo evidenciar debilidades en la identificación de los riesgos atribuibles al Proceso de restitución de derechos desde las áreas de derecho evaluadas, en tanto no se evidenció relación de las actividades y/o seguimiento de los procesos, los peligros, la valoración de los mismos así como de los controles aplicables. En tal sentido no existe un monitoreo al respecto a los riesgos relacionados con las áreas de derecho el cual tiene como objetivo garantizar la eficiencia, eficacia y efectividad de las acciones propuestas para su tratamiento y que garantice el cumplimiento de metas y objetivos de proceso	No se han formulado los mapas de riesgos de gestión				X		Líder Área Psicosocial Líder Área sociolegal Líder Área de espiritualidad Líder Área salud Subdirección de Métodos	20/12/2017	20/12/2018					X	
2	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	Se observó falta de planeación con respecto al área de Espiritualidad, toda vez que no se evidencian procedimientos documentados que den claridad en relación a las estrategias de intervención, falta de claridad en la pedagogía utilizada para el desarrollo de sus actividades, información desactualizada y mal uso del sistema de información misional del instituto, así como ausencia de mecanismos de medición y seguimientos a la gestión lo puede llegar a afectar el cumplimiento de metas y objetivos institucionales y del mismo proceso en la Restitución de Derechos.	Dentro del modelo pedagógico de la entidad el área de espiritualidad se plantea como un área nueva				X		Líder Área de espiritualidad	20/12/2017	20/12/2018					X	
3	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	En las visitas realizadas se pudo observar un alto riesgo en la prevención de conductas relacionadas con la asistencia de Primeros Auxilios y en la afiliación de los NNAJ al sistema de salud, esto debido a la ausencia de auxiliares de enfermería en las Upis que los asista ante posibles eventos inesperados que puedan afectar la salud de los NNAJ y a la debilidad en los controles y seguimientos que garanticen la oportunidad en las afiliaciones de los jóvenes, situación que expone al Instituto ante posibles sanciones y/o demandas.	1. Debilidades en la planeación para la contratación de auxiliares de enfermería para cubrir las necesidades de las UPI.				X		Gerente Proyectos 971 -1104- Subdirección de métodos.	20/12/2017	20/12/2018					X	
4	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	En el proceso de Restitución de Derechos existen Formatos e Instructivos que corresponden al extinto Centro de Atención a Adolescentes y Justicia Juvenil CAAJJ, no se tienen diferenciados los tramites y funciones de las áreas de derecho, tal es caso de los trámites para los sacramentos y documentos de identidad.	1. Desactualización de la información vigente en el proceso de restitución de derechos. 2. Ausencia de un proceso diferenciado para los sacramentos y documentos de identidad.				X		Líder del área Sociolegal y Justicia Restaurativa- Oficina Asesora de Planeación.	20/12/2017	20/12/2018					X	
5	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	No se diligencia adecuadamente el formato de Control en recepción de alimentos, debido a que no existe claridad en cuanto a quien es el responsable de verificar y realizar seguimiento a la calidad de los alimentos en el momento en que ingresan a la Unidad, lo que puede generar posibles faltantes debido a deficiencias en este control para la recepción de materias primas.	Falta claridad en relación al diligenciamiento y responsabilidad en el momento de la recepción y verificación de los alimentos.				X		Líder Área de salud- Responsables de Unidad	20/12/2017	20/12/2018					X	
6	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	Durante las visitas realizadas a las Upis evaluadas, se pudo observar que no se cumple con el estándar del marco normativo del ICBF "Lineamiento Técnico del Modelo para la Atención de los Niños, las Niñas y Adolescentes con Derechos Inobservados, Amenazados o Vulnerados" frente a la contratación de profesionales en Trabajo Social y Psicología para la intervención de población en condición de Vulneración y en situación de Consumo de Sustancias Psicoactivas, lo que genera un riesgo para el Instituto en cuanto a falta de recurso humano para el cumplimiento de su objeto misional por cuanto conlleva a la atención exclusiva de situaciones cotidianas, dejando a un lado procesos que requieren de la intervención constante y compleja	Falta depuración frente cifras los NNAJ activos en las UPI.				X		Responsables de UPI Área Psicosocial de cada UPI	20/12/2017	20/12/2018					X	
7	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	<b>9.9.1 Valoraciones Iniciales</b> :Existen debilidades en las valoraciones iniciales que realiza las Áreas de Salud y Psicosocial a los NNAJ del Instituto debido a que no se realizan de manera oportuna, evidenciando falta de gestión, seguimiento y control en estos diagnósticos, se realizaron diferentes intervenciones sin estos conceptos técnicos, requisitos necesarios para realizar los tratamientos necesarios de acuerdo a situaciones específicas en el momento del ingreso, así como de generar recomendaciones necesarias para el autocuidado y la prevención en salud en el marco de la restitución de derechos, incumpliendo con las funciones establecidas en la Resolución 322 de 2016 de la entidad, con el numeral 7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio de la NTCGP 1000:2009 y lo mencionado en el Art. 52 de la Ley 1098 de 2006 del Código de la infancia y adolescencia.	1.Falencias en la herramienta tecnológica en la que se registra la gestión del área. 2. Falta realización de empalmes al finalizar el contrato de los profesionales psicossociales. 3.Falta de verificación del cumplimiento de las actividades del personal vinculado a la UPI.				X		Líder Área de Salud Psicosocial	20/12/2017	20/12/2018					X	

8	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	<b>9.9.2 Indicadores de Gestión</b> : Las área de derecho auditadas no cuentan con indicadores de gestión que permitan medir la eficiencia y efectividad que permitan evaluar el impacto de la gestión para la toma de decisiones y realizar el seguimiento y mejora continua para el cumplimiento de objetivos y metas previstas, lo anterior incumpliendo con el numeral 1.2.4 Indicadores de Gestión, 2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión del MECI y 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos de la NTCGP 1000:2009 y el numeral 5.4 Mecanismos de Medición y Seguimiento de la NTD: SIG 001:2011.	1. Falta actualización de la caracterización del Modelo pedagógico de la entidad.	No están definidos parámetros para la evaluación de la gestión.	X	X			ACCION CORRECTIVA- Formular los indicadores de gestión en la caracterización del modelo pedagógico.	Líder Área Psicosocial Líder Área sociolegal Líder Área de espiritualidad Líder Área salud Subdirección de Métodos	20/12/2017	20/12/2018				X	
9	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	<b>9.9.3 Sistema de Información SIM:</b> Se pudo identificar desactualización y falencias en la información, así como usos inadecuados en el Sistema de Información Misional SIMI al momento de registrar acciones y reportes relacionados con las áreas de derecho. Esto evidencia una falta a los principios de integridad de los datos y la confiabilidad de la información respecto a las intervenciones que realiza el Instituto, así mismo existen falencias en cuanto al control y seguimiento por parte de estas áreas con el fin de asegurar la trazabilidad de la información, incumpliendo lo establecido en los numerales 4.2.4 Control de Registros, 7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio y 7.5.3 Identificación y Trazabilidad de la NTCGP 1000:2009 y 5.1 Procedimientos documentados y registros en el Sistema Integrado de Gestión de la NTD: SIG 001:2011.	1. Falta de control en el registro de la información SIMI.	1. Perdida de información. 2. alteración del principio de confidencialidad.			x	ACCION DE MEJORA: 1. Parametrizar las acciones del área. 2.ACCION DE MEJORA: Realizar verificaciones aleatorias trimestrales al registro adecuado de las acciones reportadas por las UPI.	Líder Área Psicosocial Líder Área sociolegal Líder Área de espiritualidad Líder Área salud Subdirección de Métodos	20/12/2017	20/12/2018					X	
10	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	<b>9.9.4 Procedimientos</b> : El proceso de Restitución de Derechos desde las áreas de derecho se pudo evidenciar la carencia de procedimientos que den alcance y describan las actividades de operación que realizan las áreas de Espiritualidad, Sociolegal, Sicosocial y Salud, que garanticen el logro de los resultados esperados, incumpliendo lo establecido en los numerales 7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio de la NTCGP 1000:2009 y 5.1 Procedimientos documentados y registros en el Sistema Integrado de Gestión de la NTD: SIG 001:2011.	1. Teniendo en cuenta que las áreas son transversales al proceso misional, sus procedimientos se encuentran ajustados a las etapas de Ingreso, permanencia y egreso.	Los procedimientos no se encuentran actualizados a las necesidad del modelo pedagógico de la entidad.	X	X		.ACCION CORRECTIVA : Ajustar los procedimientos de las áreas al modelo pedagógico del IDIPRON y realizar la migración de documentos a la Plataforma estrategica del IDIPRON.	Líder Área Psicosocial Líder Área sociolegal Líder Área de espiritualidad Líder Área salud Subdirección de Métodos	20/12/2017	20/12/2018					X	
1	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	<b>9.9.5 Medicina Alternativa:</b> Si bien se realizan procesos terapéuticos apoyados de intervenciones en medicina alternativa para la mitigación del consumo de sustancias psicoactivas a los NNAJ del Instituto, existen debilidades en la planeación de estas actividades ya que no existe claridad en la forma como se remiten los NNAJ a intervenciones en las unidades, no se evidenciaron seguimientos y controles que permitan medir la disminución del consumo como resultado de estas intervenciones, ni como determinar la duración de estas cesiones en medicina alternativa, incumpliendo lo establecido en los numerales 7.1 Planificación de la realización del producto o prestación del servicio de la NTCGP 1000:2009, 4.2.6 Planificación de la Medición y el Seguimiento de la NTD: SIG 001:2011 y 1.2.5 Políticas de Operación del MECI.	1. Solo a partir del segundo semestre del 2016 se consolida el componente de mitigación (compuesto tanto por el equipo médico como por un equipo pedagógico) como un proceso transversal y abierto a todos los NNAJ beneficiarios de IDIPRON	No hay claridad frente a la ruta de remisión, seguimiento y control de los NNAJ a procesos de medicina alternativa.			X	ACCION CORRECTIVA- 1. Elaborar una Ruta de atención en el modelo de atención del componente de mitigación 2. Creación e inclusión de indicadores de consumo de SPA	Líder área de Salud - Equipo Componente de Mitigación	20/12/2017	20/12/2018						X
11	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	<b>9.9.6 Comités Técnicos</b> : Se evidenció debilidad en el seguimiento y control para la evaluación efectiva desde la Subdirección de Métodos frente a las áreas de derecho evaluadas, teniendo en cuenta que no se realizaron los comités técnicos durante el año 2016, como unidad de coordinación y asesoría en los aspectos pedagógicos y administrativos del Idipron y cuya finalidad en la medida que garantice espacios de intervención bajo principios de planeación para la restitución de derechos, lo que genera falencias en la trazabilidad de la información, falencias en la atención, prevención y protección de los NNAJ, incumpliendo con lo establecido en los numerales 6.4 Análisis de Datos y 6.8 Seguimiento y Monitoreo de los Procesos de la NTCGP 1000:2009, Resolución 322 de 2016 en relación al cumplimiento de las funciones.	1. En desarrollo de la epericnica pedagógica el IDIPRON, se crearon los comités técnicos territoriales.	Genera falencias en la trazabilidad de la información, falencias en la atención, prevención y protección de los NNAJ			X	ACCION CORRECTIVA- Creación de los comites tecnicos misionales.	Subdirección de métodos educativos y operativa	20/12/2017	20/12/2018						X
12	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	<b>9.9.7 Gestión Contractual</b> Se evidencian debilidades en la gestión contractual y en la labor de supervisión respecto a las Áreas Sociolegal, Justicia Restaurativa y Espiritualidad, debido a que una vez se verificaron las carpetas de ejecución contractual no se encontraron la totalidad de los documentos que evidencien el cumplimiento de las obligaciones contractuales, así como terminaciones finales de cumplimiento aprobadas por parte del supervisor, lo que pone en riesgo en aspectos post contractuales al Instituto, y por tanto la inobservancia de la Ley 80 de 1993, artículo 13, la Ley 1150 de 200, artículo 7 y el numeral 5.1.1 del Manual de Supervisión e Interventoría A-GCO-MA-001 de la entidad.	Debilidad en la gestión documental al no encontrar los documentos que soportan la ejecución contractual de manera íntegra	No reposa en el archivo que custodia la oficina asesora jurídica los soportes que evidencien el cumplimiento de los objetos contractuales contratados por la entidad.			X	ACCION CORRECTIVA- Dado que la documentación se encuentra bajo custodia de la oficina Asesora Jurídica, no se realiza accion de mejoramiento para esta No conformidad.	Subdirección de métodos educativos y operativa-Oficina Asesora Jurídica.	20/12/2017	20/12/2018						X

13	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	<b>9.9.8 Seguimiento y Evaluación</b> Se evidencia incumplimiento a la función relacionada con el Diseño de una metodología para el seguimiento y evaluación de los programas y proyectos de atención, prevención y protección de la niñez y la juventud, por parte de la Subdirección de Métodos Educativos y Operativa, toda vez que no se evidenciaron mecanismos de evaluación a la gestión relacionadas con las áreas de derecho en el marco del abordaje, restitución y seguimiento al goce efectivo de derechos con el fin de realizar un efectivo seguimiento y fomentar la toma efectiva de decisiones de tipo misional y administrativo. Lo que genera un desplazamiento de la función en cuanto al poder decisivo en los responsables de unidad frente a los procesos pedagógicos y psicosociales de los NNAJ, incumplimiento con lo establecido en el numeral 6.8 Seguimiento y Monitoreo de los Procesos de la NTCGP 1000:2009 y numeral 3 Eje: Transversal Información y Comunicación del MECI 1000:2014 y el numeral 2.1.1 Autoevaluación del Control y Gestión del MECI.	Durante el proceso de auditoria no se evidenciaron mecanismos de evaluación a la gestión relacionadas con las áreas de derecho.	Riesgo de no realizar un seguimiento efectivo a la gestión de las áreas.				X									X		
14	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	<b>9.9.9 Registro Procedimiento Administrativo de Restablecimiento de Derechos</b> La información registrada en el SIMI por las unidades auditadas, no es congruente ni está consolidada con el Reporte de Procedimiento Administrativo de Restablecimientos de Derechos (PARD) que realiza el área Sociolegal, no permitiendo un seguimiento y poniendo en riesgo el acompañamiento profesional de las áreas de derechos a los NNAJ en situaciones de vulnerabilidad, amenaza e inobservancia de derechos, evidenciando un incumplimiento al instructivo Restablecimiento Administrativo de Derechos a los NNAJ con inobservancia, amenaza y/o vulneración M-RDE-IN-006 adoptado por la Entidad y lo establecido en los numerales 4.2.4 Control de Registros y 7.5.3 Identificación y Trazabilidad de la NTCGP	1. Falta de implementación de instrumentos que permitan medir el Reporte de Procedimiento Administrativo de Restablecimientos de Derechos (PARD) que realiza el área Sociolegal. 2. Desactualización del Reporte de Procedimiento Administrativo de Restablecimientos de Derechos (PARD) que realiza el área Sociolegal 3. Falta de registro en el SIMI en el Módulo Sociolegal	1. Desconocimiento y ausencia de indicadores que permitan conocer el número de reportes PARD. 2. Imposibilidad para generar un reporte de los trámites de Procedimiento Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD) que permitieran la elaboración de documentos e informes. 3. Bajo nivel de confiabilidad y trazabilidad de la información 4. Desconocimiento de la clasificación de los factores motivantes del PARD según clasificación del ICBF (Abandono, Abuso Sexual/Violencia Sexual, Amenazado, Apoyo a madre gestante o lactante (menor o mayor de 18 años), Atención a madre gestante Sentencia C-355 de 2006. Atención a niños			X	X					20/12/2017	20/12/2018				X	
15	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	<b>9.9.10 Comités Operativos Área Psicosocial</b> El Área Psicosocial incumple con la función establecida en la Resolución 322 de 2016 donde se le designa el abordaje de los casos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ), junto con sus familias o representantes legales, cuando desde los Comités Operativos de las UPI se determina y comunica que se han agotado todas las estrategias para ajuste de las situaciones problemáticas que presentan sin evidenciar resultados favorables, lo que constituye un incumplimiento con lo establecido en el numeral 6.8 Seguimiento y Monitoreo de los Procesos de la NTCGP 1000:2009 y la Resolución 322 de 2016.	No hay concordancia entre la resolución 322 de 2016 y el documento interno comité operativo territorial COT.	Existe contrariedad jurídica entre un documento interno expedido por planeación y una resolución del nivel directivo, generando confusión y choque de competencias para la toma de decisiones frente al abordaje de los casos de los NNAJ. Así mismo, frente a un proceso pedagógico y psicosocial se centra el poder decisivo en el Responsable de UPI cuando este último no cuenta con la mirada multidisciplinaria para la toma de decisiones.			X	x				20/12/2017	20/12/2018				X		
15	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	Atención jurídica de la población con procesos penales en su contra y la resolución de conflictos internos a través de prácticas restaurativas con la población, es poco evidenciada teniendo en cuenta que no tuvo registro detallado en el Sistema de Información Misional (SIMI) por parte del área Sociolegal, lo que disminuye la efectividad de esta función en la oferta preventiva del IDIPRON y la posibilidad de seguimiento por parte de los demás funcionarios y unidades de la entidad. Incumpliendo con lo establecido en el numeral 14 del Artículo 5 de la Resolución 322 de 2016 en relación al cumplimiento de las funciones, el numeral 2.1.1 Autoevaluación del Control y gestión del MECI 1000:2014, 8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos de la NTCGP 1000:2009.	1. A la plataforma SIMI, le falta un parametro para ingresar la información detallada de las atenciones en el área. 3. Ausencia de parametros para realizar un seguimiento a la primera atención jurídica.	1. Se realizan las orientaciones atenciones sin un in un seguimiento adecuado. 2. falta integralidad en los objetivos referentes a una atención integral a nivel jurídico.				X										X	
1	11/12/2017	AUDITORIA INTERNA - CONTROL INTERNO	<b>9.9.12 Seguimiento al Goce efectivo de Derechos</b> :El procedimiento de "Seguimiento a la población NNAJ egresada" evidenció inobservancia e incumplimiento a los documentos adoptados y vigentes en la entidad por parte del área Sociolegal. Esto repercute negativamente en la gestión de todo el proceso de Restitución de Derechos y del Seguimiento al Goce efectivo de Derechos, debido a que no permite monitorear la transición social posterior al egreso de los NNAJ e identificar elementos de diagnóstico actualizados y focalizados para la Planeación de las estrategias misionales de la entidad y su acción profesional. Incumpliendo con lo establecido en el numeral 4 del Artículo 5 de la Resolución 322 de 2016 en relación al cumplimiento de las	1. Falta de planeación en la contratación para garantizar el equipo necesario para realizar el seguimiento al egreso. 2. Existe un procedimiento desactualizado para realizar el seguimiento al egreso acorde a la necesidad del modelo pedagógico y el factor humano.	1. Acumulación de actividades referentes a Seguimiento al Egreso. 2. Incumplimiento en los objetivos referentes a seguimiento al egreso.				X										X	

(1): El origen pueden ser: Auditoria Interna - Auditoria Externa - Revisión por la Dirección - Producto y/o Servicio No Conforme - Medición de Indicadores - Mapa de Riesgos - Autoevaluación del Proceso - Quejas y Reclamos- Inspecciones del Proceso.

(2) Se describe brevemente la situación encontrada, teniendo cuidado de no confundir la situación con la causa o el efecto. La situación puede ser: *Real* : cuando proviene de la identificación de un hallazgo, o por el incumplimiento de un requisito (del cliente, implícito, legal - reglamentario o adicional); *Potencial* : proviene del análisis de los riesgos identificados para el proceso, el producto y/o servicio; *De Mejora* : incrementa la capacidad de la organización para cumplir los requisitos y que no actúa sobre problemas reales o potenciales ni sobre sus causas.

(3): Para la identificación de las causas de las situaciones se acude a la metodología de 3 Porqués. Ej.: El auto no arranca (el problema). 1. ¿Por qué no arranca? Porque la batería está muerta; 2. ¿Por qué la batería está muerta? porque el alternador no funciona; 3. ¿Por qué el alternador no funciona? Porque el alternador está fuera de su tiempo útil de vida y no fue reemplazado.

(4): Describa brevemente la consecuencia derivada de la situación identificada.

(5): Seleccione con una X el tipo de acción o corrección que adoptará el proceso, producto y/o servicio para subsanar o corregir la situación. Teniendo en cuenta: Acción Correctiva: para eliminar la causa de una situación real ; Acción de Mejora: para incrementar la capacidad de la organización para cumplir los requisitos y que no actúa sobre problemas reales o potenciales ni sobre sus causas; Acción Preventiva: para eliminar la causa de una situación potencial ; Corrección: para subsanar la situación.

(6): Describa brevemente la acción o corrección que emprenderá. En caso de Acción Correctiva o Preventiva verificar que la acción realmente elimine la causa de la situación.

(7): Se refiere al cargo que dará cuenta de la acción o corrección propuesta.

(8): Se indica la fecha en la que se propone iniciar la ejecución de la acción o corrección y la fecha que se propone terminar.

(9): El seguimiento será realizado por el responsable del proceso (cuando se requiera también lo podrá realizar el responsable de la Unidad, Área y/o dependencia, Área de Derecho, Subsistema, Funcionario, Contratista) y se registrará la fecha.

(10): La verificación de cumplimiento será realizado por el delegado de la Oficina de Control Interno, el Responsable del Subsistema, Jefe Inmediato o Supervisor de Contrato según aplique

**NOTA:** En caso de aplicar a un Subsistema, Funcionario y/o Contratista; no requerirá del Vo.Bo. del Jefe de la Oficina de Control Interno, solo del Responsable del Subsistema, Jefe Inmediato o Supervisor de Contrato según corresponda

---

FIRMA DEL LÍDER DEL PROCESO A MEJORAR

---

Vo. Bo. INDICAR NOMBRE DEL JEFE DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO

---

RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO

---

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN VERIFICA  
(Delegado de la Oficina de Control Interno - Responsable Subsistema - Jefe Inmediato - Supervisor de Contrato según aplique)