



| | | |
|---|--|---|
|  Supersolidaria  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

| | | | |
|-------------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME | Día: 27 | Mes: 05 | Año: 2026 |
|-------------------------------------|----------------|----------------|------------------|

| | |
|---|---|
| Nombre de la auditoría | Seguimiento al Plan Estratégico de Tecnologías de Información PETI |
| Dependencia, proceso y/o grupo de trabajo, objeto de auditoría | Oficina Asesora de Planeación y Sistemas – OAPS |
| Funcionarios directivos, coordinadores o líderes del proceso a auditar | Angélica María Zamora Acosta; Jefe OAPS |
| Tipo de Auditoría (Ley o Interna) | Interna |
| Objetivo de la actividad a realizar | Realizar el seguimiento al PETI relacionado a: i) Al cumplimiento, avances y definición de los proyectos, ii) Revisión de los indicadores. |
| Objetivos primarios y alcances | <p>Para los siguientes alcances, se hará sobre lo actuado y gestionado desde el 01-01-2025 hasta 31-03-2026.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verificar los avances, seguimiento y el cumplimiento de los proyectos del PETI seleccionados en la muestra, incluido que se encuentren adecuadamente definidos. 2. Validar los indicadores establecidos. |
| Criterios de la Auditoría | <ul style="list-style-type: none"> • Ley 87 de 1993: Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado. • Resolución 2023120002585 de 2023: “Por la cual se adoptaron y aprobaron el Marco Estratégico Institucional 2023 - 2026 “Super - Visión Efectiva”, el Plan Estratégico Institucional 2023 -2026 y el Plan de Acción Anual Institucional 2023, de la Supersolidaria”. • Plan Estratégico de Tecnologías de la Información – PETI. • Decreto 767 de 2022: Establecimiento de los lineamientos generales de la política de Gobierno Digital y subrogación del capítulo 1 del título 9 de la parte 2 del libro 2 del decreto 1078 de 2015, decreto único reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones. • Decreto 088 de 2022: Adición del título 20 a la parte 2 del libro 2 del decreto único reglamentario del sector de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, decreto 1078 de 2015, para reglamentar los artículos 3, 5 y 6 de la Ley 2052 de 2020 estableciendo los conceptos de: lineamientos, plazos y condiciones para la digitalización y automatización de trámites y su realización en línea. |

| | | |
|---|---|---|
| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

1. COMPROMISO ÉTICO EN EL EJERCICIO DE LA AUDITORÍA INTERNA

- i. Código de Ética del Auditor Interno que tiene como bases fundamentales, la integridad, objetividad, confidencialidad, conflictos de interés y competencia de esté.
- ii. Estatuto de auditoría, en el cual se establecen y comunican las directrices fundamentales que definen el marco dentro del cual se desarrollan las actividades de la Oficina de Control Interno, según los lineamientos de las normas internacionales de auditoría.

2. COMPROMISO DEL AUDITADO


Mediante carta de representación del 5 de mayo de 2026, suscrita por la Dra. Angélica María Zamora Acosta como jefe o líder del proceso a unidad auditada, ha declarado su responsabilidad en la oportuna preparación, presentación integral y consistencia de la información que fue entregada en el marco de la auditoría a la unidad de control interno.

3. ACTIVIDADES REALIZADAS DEL PLAN DE TRABAJO

Teniendo en cuenta el objetivo general, objetivos primarios y respectivo alcance, de la auditoria(s), mencionados anteriormente, se desarrollaron de manera previa o posterior, respectivamente, las siguientes actividades:

- a) Conocimiento del proceso o dependencia.
- b) Diseño del plan de auditoría: Se estableció la programación del plan de trabajo para el desarrollo de la auditoría, de modo que permitiera lograr el objetivo propuesto.
- c) Reunión de apertura: La apertura de la auditoría se agendó a través del correo electrónico remitido el 27 de abril de 2026 donde se describió la metodología a utilizar para esta actividad.
- d) Obtención y análisis de la información: Fue solicitada la información pertinente, relacionada con el objetivo (s) y alcance(s), que fuese relevante, útil, basada en hechos y confiable. Soportada en los respectivos papeles de trabajo.
- e) Análisis y evaluación de la información. La revisión fue basada en factores críticos de éxito, en estrategias y objetivos del aspecto evaluable, en los riesgos altos y extremos, metas y objetivos del proceso, con enfoque hacia la consecución de los alcances de la auditoria.
- f) Informe preliminar e informe final: Socialización del informe preliminar, recepción de inquietudes sobre hallazgos y observaciones, previo a la emisión del presente informe.
- g) La respuesta de la OCI a las observaciones del proceso auditado frente al Informe preliminar fue realizada el 27-05-2026 mediante correo electrónico y cuyo análisis se identifica en el contenido del presente informe.

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  | <p align="center">INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA</p> | <p align="right">Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02</p> |
|---|--|---|

4. DESARROLLO DE AUDITORÍA

4.1. PRIMER OBJETIVO PRIMARIO Y ALCANCE. Verificar los avances, seguimiento y el cumplimiento de los proyectos del PETI seleccionados en la muestra, incluido que se encuentren adecuadamente definidos.

CONDICIÓN.

Con base en las respuestas y evidencias suministradas por la Entidad, el alcance de la auditoría se orientó a validar el cumplimiento del criterio normativo aplicable y la coherencia de la información reportada. Como resultado de este análisis, se identificaron los siguientes aspectos ejecutados de manera adecuada, los cuales constituyen fortalezas en la gestión de la planeación estratégica de TI:

- Se evidencia la existencia de un portafolio de proyectos de TI debidamente documentado, que permite identificar los proyectos asociados al PETI y su relación con las iniciativas estratégicas definidas por la Entidad.
- Se cuenta con acto administrativo o acta formal de aprobación del PETI, lo que respalda su adopción institucional y otorga validez a su implementación como instrumento de planeación.
- Se identifica una matriz de alineación del PETI con el Plan Estratégico Institucional (PEI), documentada en el capítulo 7.3.5 "Alineación de TI con los procesos institucionales", lo cual favorece la articulación de la estrategia de TI con los objetivos misionales y estratégicos de la Entidad.
- Considerando la complejidad y el volumen de lineamientos emitidos por el MinTIC, se observa un alto nivel de implementación de las guías y marcos de referencia, lo que demuestra un esfuerzo institucional significativo por adoptar buenas prácticas en materia de Gobierno Digital, Arquitectura Empresarial y gestión de TI.

Por otra parte, como resultado del análisis efectuado y de la validación de las evidencias suministradas, se identificaron una serie de situaciones que evidencian debilidades en la formulación, consistencia y ejecución del PETI, las cuales afectan la trazabilidad, el seguimiento y la efectividad de la planeación estratégica de TI, y se describen a continuación:


4.1.1. HALLAZGO 1. DEBILIDAD EN LA APLICACIÓN DE LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS

Caso 1: Error en la definición del Catálogo de componentes de información.

El PETI vigente de la Entidad en el capítulo "8.6.1 Diseño de Componentes de información" indica:

"Si bien no se cuenta con un modelo de gobierno transversal de datos, la entidad hasta el año 2025, ha actualizado de manera efectiva el catálogo de componentes de información, cuyos detalles se encuentran disponibles en el anexo adjunto denominado "Catálogo de componentes de información Supersolidaria". Esta actualización refleja el compromiso continuo con la mejora

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

y la modernización de la gestión de datos, asegurando que todos los componentes estén alineados con las necesidades operativas y los estándares regulatorios actuales. Este catálogo actualizado es una herramienta esencial para facilitar el acceso a la información, mejorar la toma de decisiones y garantizar la transparencia en todas nuestras operaciones".

Se solicitó al proceso el Catálogo de componentes de información y para lo cual el proceso adjunto el documento "Estructura de Servicios de TI.docx", el cual contiene una hoja con una presentación de una estructura jerárquica horizontal, sin embargo, este documento no soporta el catálogo de componentes de información que se indica en el PETI, ni la construcción del mismo de la forma como lo establece la Guía MGGTI.H.GI.02 Instructivo para la construcción del catálogo de componentes de información.

CRITERIO:

La Guía MGGTI.H.GI.02 Instructivo para la construcción del catálogo de componentes de información, tiene como alcance "Identificar los atributos mínimos que permiten caracterizar los componentes de información dentro del catálogo" y ofrece una plantilla para estructurar el catálogo de componentes de información. Esta plantilla consiste en una serie de actividades que se deben desarrollar para construir el catálogo de componentes de información, a través de varias hojas en las cuales se identifica la siguiente información:

- Atributos de Información.
- Atributos de datos.
- Atributos del Flujo de información.
- Atributos del Flujo Información del Sector.
- Atributos de Servicios de Información.
- Análisis de los Servicios de Información Vs la Información de Datos.

CAUSA:

- Falta de aplicación de lineamientos metodológicos: No se utilizó la Guía MGGTI.H.GI.02 ni su plantilla para estructurar el catálogo.
- Deficiente gestión documental del PETI: Aunque el PETI menciona un catálogo actualizado, no se cuenta con el soporte real ni evidencias formales que respalden su existencia y contenido.

CONSECUENCIAS O EFECTOS:


- Riesgo de incumplimiento de lineamientos MinTIC, al no contar con un catálogo de componentes de información construido conforme al instructivo.
- Riesgo de inconsistencia documental, al no existir soporte que respalde lo declarado en el PETI.

RECOMENDACIONES DEL EQUIPO AUDITOR:

- Construir o ajustar el catálogo de componentes de información conforme a la Guía MGGTI.H.GI.02 del MinTIC.
- Alinear el contenido del PETI con la evidencia disponible, asegurando coherencia entre lo documentado y lo soportado.

Caso 2. Inconsistencias del catálogo de Sistemas de Información.

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

El PETI vigente de la Entidad en el capítulo "8.7.1 Catálogo de los Sistemas de Información", indica "A continuación, se listan los sistemas de información que se encuentran en la entidad" y muestra la tabla No. 35 "Catálogo de sistemas de Información" con 32 aplicaciones, su respectiva descripción funcional, tipo de software y su estado.

Se solicitó al proceso el Catálogo de aplicaciones o sistemas de información y para lo cual el proceso adjunto el documento "Catálogo de Sistemas de Información.xlsx". Al validar este documento teniendo como criterio la Guía MGGTI.H.SI.01 Instructivo para la construcción del catálogo de Sistemas de Información, se identificó que el utilizó el documento propuesto por la guía. Si bien, se identifica un avance significativo en la construcción de este catálogo, se identificaron las siguientes situaciones:

- Unificar aplicaciones o sistemas de información en los 2 documentos con el fin de que exista uniformidad. En el PETI se presentaron 32 aplicaciones y en el catálogo se identifican 25 sistemas de información. Al cruzar estos dos (2) documentos, en el primero no se identificaron 4 aplicaciones: Gestión de Procesos ISOLUCION, Gestión de procesos MIPG, Nuevo Capturador, SISBRE- Mapa de Calor; y para el segundo, no se identificó: ADA Sistema de Información Misional, Azure, Balance Entidades Financieras, Balance Social Fondo de Empleados, Bussines Intelligent-B-I, ESIGNA, Funcionarios - FUNSES, Mesa de Servicios, PABLO (Plataforma de Articulación y Balance de la Operación), Power BI, SIG (Sistema de Información de Gestión), Tasa de Contribuciones.
- Registrar adecuadamente toda la información evitando campos vacíos.

Con lo anterior, el catálogo de sistemas de información debe construirse y actualizarse siguiendo los pasos metodológicos y la estructura sugerida, con el fin de contar con un inventario único, vigente y consistente de los sistemas de información de la Entidad. La existencia de diferencias entre el PETI y el catálogo soportado evidencia que dicho inventario no se encuentra completamente actualizado ni alineado.


CRITERIO:

La Guía MGGTI.H.SI.01 Instructivo para la construcción del catálogo de Sistemas de Información, tiene como alcances "Explicar cuál es la importancia del catálogo de sistemas de información", indicar "Pasos metodológicos para construir **y actualizar** el catálogo de sistemas de información", expone la "Estructura sugerida del contenido del catálogo de sistemas de información" y que "El catálogo de sistemas de información tiene como propósito identificar y **conservar una lista completa y actualizada** de los sistemas de información en la organización" precisa en el capítulo 2.1. "Es importante hacer notar que el Catálogo de Sistemas de Información es un documento "vivo" que **debe mantenerse actualizado permanentemente**, para que sea un fiel reflejo de la realidad de los sistemas de información de la entidad, debido a que este artefacto es insumo para otros procesos de TI y para la arquitectura empresarial, se convierte en un instrumento vital para la toma de decisiones. De ahí la importancia de **mantenerlo actualizado y correctamente diligenciado**" (Énfasis fuera de texto).

CAUSA:

- Falta de aplicación de lineamientos metodológicos: No se utilizó la Guía MGGTI.H.SI.01 Instructivo para la construcción del catálogo de Sistemas de Información.

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

CONSECUENCIAS O EFECTOS:

- Información inconsistente sobre los sistemas de información de la entidad.
- Debilidad en la gestión y planeación de TI por inventarios no unificados.

RECOMENDACIONES DEL EQUIPO AUDITOR:

- Unificar y depurar el catálogo de sistemas de información entre el PETI y el archivo soportado.
- Completar y actualizar el catálogo conforme a la Guía MGGTI.H.SI.01.

Caso 3. Error en la identificación de brechas.

Durante la auditoría se solicitó al proceso remitir la información relacionada con el análisis de brechas, incluyendo los criterios de priorización. En respuesta, el proceso manifestó que *"en el capítulo 10 del Plan Estratégico de Tecnología – PETI se describe el análisis de brechas identificadas para la realización del PETI"*.

No obstante, al validar el PETI vigente, se evidenció que las brechas allí consignadas se presentan únicamente como descripciones narrativas, sin estar estructuradas conforme a un catálogo de brechas, lo cual impide su trazabilidad, priorización y conversión en iniciativas o proyectos dentro de la hoja de ruta del PETI.

Esta situación no se ajusta a lo establecido en el capítulo 7.4 – Actividad 11: Identificar las brechas de la Guía MGGTI.GE.ES.03 – Guía para la Construcción del PETI, que define de manera explícita los elementos mínimos que deben caracterizar cada brecha.

CRITERIO:


La Guía MGGTI.GE.ES.03 – Guía para la Construcción del PETI, en el capítulo 7.4 – Actividad 11: Identificar las brechas, establece:

*"Para cada uno de los cambios identificados en cada dominio de gestión de TI y las oportunidades y mejoras identificadas en servicios, trámites o procesos, crear una brecha en el Catálogo de brechas de la Hoja actividad 11, **identificando el servicio institucional asociado en caso de existir, el nombre del elemento afectado, la acción que se debe efectuar, la descripción y justificación de la acción, el tiempo estimado para ejecutar la acción, el costo total estimado de inversión total.** Ej.: El elemento aplicación móvil tendrá la acción crear, el tiempo estimado de diseño, desarrollo e implementación es de seis meses, el costo estimado de inversión es de \$100.000.000."* (Énfasis fuera de texto).

Así mismo, el Anexo 1 – Herramienta para la construcción del PETI – Actividad 11 define que el Catálogo de brechas debe contener, como mínimo, las siguientes columnas:

- ID del servicio, trámite o proceso afectado.
- Nombre del elemento (capacidad, recurso, rol o proceso).
- Acción (crear, eliminar o modificar).
- Descripción y justificación de la acción.
- Tiempo estimado total.
- Costo estimado total de inversión.
- Proyecto en ejecución (sí / no).

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

CAUSA:

- Aplicación incompleta del lineamiento metodológico del PETI, al limitar la identificación de brechas a una descripción narrativa, sin utilizar el catálogo y la estructura definida en la Guía.
- Debilidad en la articulación entre el diagnóstico y la planeación, lo que impide traducir las brechas identificadas en insumos claros para la priorización y formulación de iniciativas o proyectos del PETI.

CONSECUENCIAS O EFECTOS:

- La ausencia de brechas completas (sin tiempo, costo ni acción definida) limita la conversión de las brechas en proyectos ejecutables y medibles.
- La falta de estimaciones de tiempo y costo impide priorizar adecuadamente las iniciativas y puede generar decisiones presupuestales no sustentadas.

RECOMENDACIONES DEL EQUIPO AUDITOR:

- Completar cada brecha incluyendo el servicio o proceso afectado, acción, tiempo estimado, costo estimado y relación con proyectos del PETI.
- Vincular las brechas estructuradas con iniciativas y proyectos específicos de la hoja de ruta del PETI, facilitando su seguimiento y control.

Caso 4. Deficiencias en la identificación y documentación de los líderes de gestión de TI.

De acuerdo con el PETI vigente y con relación a la tabla 34 "Políticas y estándares para la gestión de la gobernabilidad de TI", se solicitó información sobre los roles asociados a los 19 colaboradores establecidos. Al particular, el proceso indicó que "En el documento de Modelo de Gobierno de TI se encuentran descritos y definidos cada uno de los roles que conforman la gobernabilidad de TI", sin embargo, no se identificaron los roles definidos en el PETI: Líder de desarrollo de aplicaciones, Analista de requerimientos, Desarrolladores, Líder de infraestructura, Técnico de infraestructura, Soporte y Profesional de seguridad de la información, situación que está en contravía de la "Actividad 6 – Analizar y diagnosticar la gestión de TI" de la Guía para la Construcción del PETI.

CRITERIO:

En la "Actividad 6 – Analizar y diagnosticar la gestión de TI" de la guía se establece que para el diagnóstico y la planeación se deben incluir el modelo de gobierno y la definición de roles:



"El Líder del equipo que está construyendo el PETI, junto con los líderes por dominio de gestión de TI (...) deberán por cada dominio evaluar el estado actual frente a los lineamientos del Marco de Referencia de Arquitectura Empresarial del Estado vigente".

Este lineamiento implica que el PETI debe identificar y documentar los Líderes por dominio de gestión de TI, los Responsables de estrategia y gobierno de TI y los Roles asociados a la toma de decisiones y control.

CONSECUENCIAS O EFECTOS:

- Gobernanza de TI débil por no identificar claramente los roles definidos en el PETI.
- Falta de claridad en responsabilidades, generando vacíos o duplicidades.
- Limitaciones de control y seguimiento por ausencia de trazabilidad de los responsables.

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  Supersolidaria  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

RECOMENDACIONES DEL EQUIPO AUDITOR:

- Identificar y documentar explícitamente los roles de gobernanza de TI en el PETI.
- Alinear el PETI con el Modelo de Gobierno de TI, asegurando coherencia entre roles definidos y ejecutados.
- Consolidar la información básica de los responsables para fortalecer el control y la trazabilidad.

Caso 5. Falencia en la definición de Capacidades de TI.

En el marco de la revisión del PETI vigente, específicamente del capítulo 8.1.5 "Capacidades de TI", se solicitó al proceso aclarar la información contenida en el siguiente enunciado:

"A continuación, se presenta la tabla (Capacidades de TI) que detalla el estado actual de las capacidades de la OAPS, mostrando el alcance y la profundidad de los recursos tecnológicos que se encuentran a disposición de la Entidad."

Lo anterior, teniendo en cuenta que la tabla referenciada no contiene dicha información, sino que únicamente presenta los campos "Categoría", "Capacidad" y "Existe". En consecuencia, se requirió remitir el detalle del alcance de las capacidades de TI y la profundidad de los recursos tecnológicos asociados a cada una.

En respuesta, el proceso manifestó que la tabla del numeral 8.1.5 "Capacidades de TI" corresponde a la situación existente al momento de la elaboración del PETI (AS IS) y que el documento describe posteriormente la situación objetivo (TO BE) para el cierre de brechas, lo cual se materializa, entre otros, en el proyecto PRY10 – Construcción e implementación del Modelo de Gobierno de Datos, y con base en lo anterior, el proceso solicitó precisar el requerimiento.

No obstante, la solicitud formulada no hacía referencia a las fases de arquitectura empresarial AS IS o TO BE, sino a una inconsistencia interna del documento, dado que la información descrita en el texto no se encuentra reflejada en la tabla que se presenta como su soporte. En ese sentido, la respuesta remitida no atiende el núcleo del requerimiento, que corresponde a la ausencia de información que respalde lo afirmado por el propio PETI. De esta revisión realizada se desprenden dos escenarios técnicamente válidos:

1. Si la intención del documento era que la tabla 8.1.5 evidenciara:
 - El alcance de cada capacidad (qué cubre y a qué procesos o servicios aplica), y
 - La profundidad de los recursos tecnológicos (nivel de desarrollo, cobertura institucional y dependencia tecnológica),
entonces la tabla se encuentra incompleta, al no reflejar dichos elementos.
2. Si la tabla tenía como único propósito identificar la existencia o no existencia de capacidades, entonces, el texto del capítulo es impreciso o incorrecto, ya que sobredimensiona el contenido real de la tabla, atribuyéndole información que no presenta.


Por lo anterior, se hace necesario garantizar la coherencia interna del documento, la claridad técnica y la trazabilidad de la información contenida en el PETI.

CRITERIO:

El capítulo "8.1.5 Capacidades de TI" del PETI indica que:

"Las capacidades de TI son fundamentales para facilitar la gestión de datos, mejorar la

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

comunicación entre procesos, dependencias, delegaturas, grupos de interés y proporcionar plataformas para el desarrollo de soluciones digitales. A continuación, se presenta la tabla (Capacidades de TI) que detalla el estado actual de las capacidades de la oficina asesora de planeación y sistemas, mostrando el alcance y la profundidad de los recursos tecnológicos que se encuentran a disposición de la Entidad. Tabla No. 32. Capacidades de TI" (Énfasis fuera de texto. Ver siguiente imagen).

CAUSA:

- Inadecuada alineación entre el contenido descriptivo y la información tabular del PETI, al no verificar que la tabla soportara efectivamente lo afirmado en el texto del capítulo 8.1.5.
- Debilidad en la aplicación metodológica del enfoque de capacidades de TI, limitándose a identificar existencia/no existencia, sin desarrollar atributos mínimos como alcance y profundidad.

CONSECUENCIAS O EFECTOS:

- Riesgo de información incompleta para la toma de decisiones, al no contar con una caracterización real de las capacidades de TI que permita priorizar inversiones y acciones de mejora.
- Riesgo de inconsistencias en la planeación estratégica de TI, que afecten la trazabilidad entre diagnóstico, brechas, capacidades y proyectos del PETI.

RECOMENDACIONES DEL EQUIPO AUDITOR:

Adoptar una de las siguientes acciones:

- Complementar la información sobre el alcance y la profundidad de las capacidades de TI a las que hace referencia el texto, ya sea mediante la ampliación de la tabla, la incorporación de un anexo técnico o la referencia explícita a otra sección del PETI; o
- Ajustar el texto del capítulo 8.1.5, de manera que refleje fielmente el contenido real de la tabla, precisando que esta se limita a identificar la existencia de capacidades en el estado AS IS.

Respuesta del proceso ante el informe de preliminar para este hallazgo:


"Les confirmo el recibido del informe y agradezco el proceso de análisis llevado a cabo. Frente a las recomendaciones y hallazgos presentados, a continuación, remitimos algunas observaciones: 4.1.1. HALLAZGO 1. FALTA DE APLICACIÓN DE LAS GUÍAS DE CONSTRUCCIÓN DEL PETI.

Frente a este punto, si bien MinTIC deja a disposición de las entidades públicas una serie de guías o formatos a través de su estrategia Gobierno Digital, para las entidades gubernamentales, éstas constituyen como el instrumento bien lo indica una guía, no se configuran una camisa de fuerza a implementar ya que las entidades internamente deben evaluar la aplicabilidad y aterrizar las guías, formatos, procesos y procedimientos a las realidades institucionales garantizando la alineación con los objetivos y metas.

En este sentido, si bien entendemos el sentido de la recomendación, no consideramos que sea causa de un hallazgo ya que las guías emitidas por MinTIC hacen parte de las buenas prácticas que deben implementar las entidades, y que desde la Supersolidaria estamos implementando de acuerdo con nuestro nivel de madurez actual.

Frente a lo demás consideramos que la revisión nos ayuda a fortalecer el proceso de formulación y seguimiento al próximo PETI."

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

Realizando el análisis a la respuesta del proceso, si bien se reconoce que la Guía para la Construcción del PETI del MinTIC constituye un instrumento metodológico orientador y no de obligatorio cumplimiento estricto, tal como lo establece el mismo documento:

- Es instrumento metodológico para orientar la construcción del PETI,
- No es obligatoria en forma literal, pero:
"debe tomarse como orientación o buena práctica... garantizando su alineación con la Política de Gobierno Digital" y,
- Permite ajustes según madurez: sin embargo,
"puede ser ajustada y personalizada... de acuerdo con necesidades y capacidades de cada entidad",

también es claro que dicha guía define los lineamientos mínimos, estructura y buenas prácticas que permiten garantizar la coherencia, trazabilidad y adecuada planeación estratégica de las Tecnologías de la Información en las entidades públicas:

- El catálogo de componentes sin evidencia ni estructura metodológica.
- El catálogo de SI inconsistente.
- Las brechas sin estructura mínima (tiempo, costo, acción).
- Los proyectos sin priorización ni coherencia.

En este sentido, la flexibilidad en su aplicación no implica la omisión de sus elementos esenciales ni la ausencia de los artefactos mínimos requeridos para la adecuada estructuración del PETI, que garantizarán una adecuada planeación y seguimiento.

El hallazgo formulado no se fundamenta en la no adopción literal de la guía (100%), sino en la **evidencia de inconsistencias, debilidades metodológicas y falta de trazabilidad en elementos estructurales del PETI**, los cuales afectan la integridad, consistencia y capacidad de seguimiento de este y, sobre todo, **limita la efectividad** como instrumento de planeación estratégica de TI orientado a alinear la tecnología con el negocio o la misión institucional.


Por lo anterior, y considerando que la Guía de MinTIC establece los elementos mínimos necesarios para garantizar una adecuada planeación estratégica de TI, se concluye que la situación evidenciada corresponde a una **debilidad en la aplicación de lineamientos metodológicos**, por lo cual el hallazgo se mantendrá en los términos inicialmente planteados, sin embargo, se ajustará la redacción del título orientándola al fundamento de la situación detectada.

No obstante, se reconoce el avance institucional en la adopción progresiva de buenas prácticas de Gobierno Digital, por lo que se recomienda continuar fortaleciendo la estructuración del PETI, alineándose gradualmente con los lineamientos definidos por el MinTIC, conforme al nivel de madurez de la Entidad.

4.1.2. HALLAZGO 2. INEFECTIVIDAD EN LA SOCIALIZACIÓN DEL PETI.

Con relación a la Estrategia de socialización interna realizada del PETI aprobado, fue solicitado al proceso se indicaran las estrategias de comunicación y se remitieran los soportes de la socialización. Al respecto, el proceso indicó que "Se dio lugar al plan de comunicaciones del PETI para socializar y enterar a todos los colaboradores de la entidad, respecto a que es el PETI y sus respectivos proyectos", entregando los correos de socialización realizadas.

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

Si bien se realizó una actividad de socialización del 24 al 31 de diciembre de 2025 (para algunos proyectos), dicho periodo corresponde a una semana atípica a nivel institucional, caracterizada generalmente por alta concentración de vacaciones, reducción significativa de personal activo y baja participación de los procesos misionales y de apoyo; en consecuencia, no se garantiza que la socialización haya sido realizada efectivamente a los diferentes procesos de la entidad, como lo exige la Guía y no se asegura la apropiación institucional del PETI, el cual es el objetivo central de la actividad 17. Lo anterior concluye que la socialización realizada no cumple plenamente el propósito del criterio, aun cuando exista una actividad formal.

Adicional, el envío de correos constituye un mecanismo de comunicación, que busca que el PETI sea conocido por la Entidad, pero no necesariamente su uso o su adopción. La apropiación, en cambio, es el resultado esperado de la socialización para que los actores entiendan, usen y apliquen el PETI en su gestión diaria, implicando la comprensión del rol de cada área en el PETI, la internalización de la estrategia de TI y para dar evidencia en la ejecución, seguimiento y toma de decisiones.

Desde el enfoque de la Guía se debe propender no solo por la difusión del documento, sino por su uso y apropiación, lo cual requiere mecanismos adicionales que promuevan la participación, comprensión y articulación del PETI con la gestión de las áreas.

CRITERIO:

La Guía MGGTI.GE.ES.03 – Guía para la Construcción del PETI, en la Fase 4 – Socializar, establece en la Actividad 17: Socializar el PETI: *“El Líder Estratégico de TI realizará la socialización y presentación del PETI a los diferentes procesos de la entidad como parte de la estrategia de uso y apropiación de TI”*. Asimismo, indica *“Construir el plan de comunicaciones y socialización del PETI, definiendo actividades, recursos y estrategias que permitan comunicar y apropiar el PETI”*.

CAUSA:

- Deficiente planeación de la estrategia de socialización, al programar las actividades en un periodo institucionalmente atípico (24 al 31 de diciembre), sin considerar la disponibilidad real de los servidores y la participación de los procesos misionales y de apoyo.
- Enfoque limitado a la difusión y no a la apropiación, al utilizar exclusivamente correos electrónicos como mecanismo de socialización, sin implementar acciones adicionales que promovieran la comprensión, el uso y la adopción del PETI por parte de las áreas.


CONSECUENCIAS O EFECTOS:

- Riesgo de baja apropiación del PETI, al no garantizarse que los procesos institucionales conozcan y comprendan la estrategia y hoja de ruta de TI.
- Riesgo en la implementación del PETI, debido a desconocimiento de responsabilidades, iniciativas y proyectos por parte de las áreas involucradas.

RECOMENDACIONES DEL EQUIPO AUDITOR:

- Reprogramar y fortalecer la socialización del PETI, asegurando su realización en un periodo que garantice la participación efectiva de los diferentes procesos de la Entidad, y documentar un plan de comunicaciones y evidencias de socialización, en cumplimiento de la Actividad 17 de la Guía para la Construcción del PETI del MinTIC.

| | | |
|---|--|--|
| ELABORADO POR Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | REVISADO POR Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | APROBADO POR Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |
|---|--|--|

| | | |
|---|--|---|
|  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

4.1.3. HALLAZGO 3. EL PORTAFOLIO DE PROYECTOS CONTIENE INFORMACIÓN INCONSISTENTE E INCOHERENTE.

Con relación a los proyectos de TI, se solicitó al proceso remitir información sobre la metodología de priorización de proyectos, la asignación de líderes y responsables de los proyectos y las hojas de vida de los proyectos. Al particular, el proceso indicó que: "El documento PETI se construye de acuerdo con la metodología que dispone el ministerio TIC", "La asignación de los proyectos PETI se realiza de acuerdo con el rol que cumplen los líderes de los diferentes frentes de TI los cuales se encuentran documentados en el modelo de Gobierno de TI en su capítulo 7, por tanto cada proyecto y de acuerdo con la naturaleza del mismo fue asignado al colaborador pertinente" y que "En la ficha de cada uno de los proyectos se encuentra identificada la dimensión a la que pertenece el proyecto".

Al validar esta información suministrada se identificaron las siguientes situaciones:

Caso 1: Priorización de proyectos.

No se identifica en el soporte suministrado cual es la priorización de los proyectos, estando esto en contravía de la actividad 13 "Consolidar y priorizar iniciativas y construir hoja de ruta de proyectos" que indica que las iniciativas y proyectos deben priorizarse y consolidarse en una hoja de ruta, y que esta priorización debe acordarse considerando la disponibilidad de recursos, para definir el orden de ejecución y presentarlo al líder de la oficina de TI.

Caso 2: Las fichas de los proyectos contiene incoherencias e inconsistencias.

Se validaron las fichas de los proyectos PRY01, PRY02, PRY03, PRY05, PRY06, PRY07, PRY08, PRY09, PRY10 y PRY11 y se identificó cumplimiento de forma general de los siguientes criterios: i) La Hoja "Cierre de Brechas" tiene consolidación de brechas a cerrar y proyectos. ii) Se identifican todas las fases, hasta satisfacción del usuario. iii) Se encuentra la OAPS como líder y apoyo y, iv) Se identifican los costos, casi para todos los proyectos, excepto para PY06 y PY11 en el cual no se identifican los costos o su costo es cero (\$0).


Caso 3: Los tiempos de implementación de los proyectos no son coherentes.

Se validó el soporte entregado correspondiente al archivo "New_Portafolio de Proyectos - Hoja de ruta 2024-2026.xlsx" corroborando la información de las fechas iniciales y finales definidos de la hoja "Ruta 2024-2026" que contiene la hoja de ruta de los proyectos, con los tiempos de ejecución definidos en las fichas de cada uno de los proyectos. A nivel general, se identifica que estas fechas no concuerdan en este cruce.

A continuación, se presenta el detalle de la validación realizada a cada proyecto, comparando la "Ruta 2024-2026" con cada "Ficha de proyectos":

- **PY01:**
 - Fase 1 (22 enero 2024-29 de agosto 2025): No concuerda. Finaliza en Diciembre-2024.
 - Fase 2 (1 septiembre 2025 - 30 junio 2026): No concuerda. Inicia en agosto 2024 y finaliza en diciembre 2025.
 - Fase 3 (1 julio 2026 - 30 de junio 2027): No concuerda. Inicia en abril 2026 y finaliza en diciembre 2026.
- **PY05:**
 - Fase 2: Documentar en plan de trabajo las acciones a ejecutar en 2025 (Diciembre 2024).
 - No concuerda. Sin fecha de finalización.

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

- **PY06:**
 - La hoja de ruta aparece de marzo a diciembre de 2025.
 - En la hoja del proyecto indica "Debatir si se considera el NOC."
- **PY07:**
 - Fase 1 (Octubre - Noviembre 2024): No concuerda: Inicia en septiembre.
 - Fase 3 (Mayo 2025): No concuerda: Inicia en marzo y finaliza en mayo.
- **PY08:**
 - Fase 1 (Abril 2024 - Diciembre 2025): No concuerda: Finaliza en junio 2025.
 - Fase 2 (Febrero 2025 - Diciembre 2025): No concuerda: Inicia en enero 2025.
 - Fase 3 (Abril 2026 - Diciembre 2026): No concuerda: Inicia en enero 2026.
- **PY09:**
 - Fase 1. Definición de usuarios susceptibles de utilizar esta infraestructura 1/03/2025
 - Fase 2. Definición e Implementación de infraestructura de cómputo. 1/04/2025
 - Fase 3. Pruebas funcionales y de rendimiento de estos recursos. 1/05/2025
 - Fase 4. Asignación máquinas virtuales al personal asignado. 1/06/2025
 - No concuerdan: Aparece solo "Única fase" y no el discriminado de las 4 fases.
- **PY10:**
 - Fase 1 - Levantamiento de requerimientos (Junio 2025 - Septiembre 2025).
 - Fase 2 - Diseño (Octubre 2025 - Marzo 2026).
 - Fase 3 - Documentación y Metadatos (Abril 2026 - Septiembre 2026).
 - Fase 4 - Evaluación y Ejecución (Octubre 2026 - Marzo 2027).
 - No concuerdan: El inicio de la fase 1 es marzo y son consecutivos hasta septiembre 2026.
- **PY11:**
 - Fase 1 (Abril 2024 - Abril 2025).
 - Fase 2 (Febrero 2025 - Junio 2025).
 - Fase 3 (Febrero 2025 - Junio 2025).
 - Fase 4 (Febrero 2025 - Junio 2025).
 - Fase 5 (Febrero 2025 - Junio 2025).
 - Fase 6 (Febrero 2025 - Junio 2025).
 - No concuerda: Aparecen 2 fases que inician en enero 2025 y finaliza en diciembre 2026.

CRITERIO:


La Guía MGGTI.GE.ES.03 "Guía para la Construcción del PETI" en la Actividad 13 "Consolidar y priorizar iniciativas y construir hoja de ruta de proyectos" indica:

"Una vez identificadas las iniciativas y proyectos deben priorizarse, consolidarse en una hoja de ruta, estimar presupuesto y presentarlas al director de tecnologías y su equipo para validar, descartar y aprobar. La prioridad y el orden en el cual se ejecutarán las iniciativas deberá ser definido de forma consensuada teniendo en cuenta que los recursos del área de TI no son ilimitados y la disponibilidad de presupuesto en funcionamiento e inversión. Al final de la Actividad se espera que el grupo para la construcción del PETI esté de acuerdo en cuales iniciativas se ejecutaran y en qué orden a fin de presentarlas al jefe o líder de la oficina de TI".

CAUSA:

- Deficiente aplicación de la metodología de priorización y consolidación de proyectos, al no documentarse criterios claros de priorización ni el orden de ejecución en la hoja de ruta, pese a lo exigido por la Guía PETI.
- Falta de control y validación de la información del portafolio, lo que permitió inconsistencias entre la hoja de ruta, las fichas de los proyectos y los cronogramas definidos para cada fase.

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|--|--|---|
|  Supersolidaria | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|--|--|---|

CONSECUENCIAS O EFECTOS:

- Planeación estratégica de TI debilitada, al no contar con un portafolio de proyectos coherente, priorizado y alineado en tiempos, costos y alcance.
- Riesgo de ejecución ineficiente de los proyectos, que puede generar retrasos, reprocesos, sobrecostos y dificultades en el seguimiento y control por parte de la alta dirección y los órganos de control.

RECOMENDACIONES DEL EQUIPO AUDITOR:

- Definir y documentar formalmente la priorización de los proyectos del PETI, aplicando los criterios establecidos en la Actividad 13 de la Guía para la Construcción del PETI y consolidándolos en una única hoja de ruta oficial.
- Ajustar y unificar la información de las fichas de los proyectos y el cronograma, asegurando coherencia entre fases, fechas de inicio y finalización, responsables y costos, previo a su aprobación y seguimiento.

4.1.4. HALLAZGO 4. DEFICIENCIAS EN EL SEGUIMIENTO, GESTIÓN Y ESTRUCTURA DE PROYECTOS.

Se llevó a cabo una reunión con el proceso el viernes 15 de mayo de 2026, con el propósito de validar el seguimiento a los proyectos; no obstante, no fue posible desarrollar en su totalidad el ejercicio previsto, ni abordar todas las preguntas y validaciones programadas. En razón a las limitaciones del cronograma de la auditoría, se definió la siguiente muestra de proyectos para su análisis:

- **PRY01 - ADA:** Fase 2 (01 septiembre 2025 - 30 junio 2026).
- **PRY02 - MSPI:** Fase 5 y 6 (Julio 2025 - Diciembre 2025).
- **PRY03 - DRP:** Fase 2 (Enero 2025 - Junio 2025).
- **PRY07 - NUBE:** Fase 3 (Mayo 2025).
- **PRY08 - PABLO:** Fase 2 (Febrero 2025 - Diciembre 2025).

Se le solicitó al proceso suministrar el cronograma desarrollado para esas fases específicas de esos proyectos y el informe donde se presentó el avance correspondiente. Al validar esta información se identificaron las siguientes situaciones:



Caso 1. PRY01 - ADA Sistema de información Misional

El proceso remitió los soportes:

- ADA - Balance del Sistema 042026 VF.pdf.
- ADA - Informe Proyectos Inversión - 042026 VF.pdf.

| Requerimiento | Observaciones al análisis realizado |
|--|--|
| 2. Depuración de información (Calidad / Gobernanza del dato) | No existe como requerimiento formal en Balance del Sistema. En Informe de Proyectos solo hay referencias indirectas a calidad del dato en FORC, sin métricas ni actividad estructurada. No hay avance reportado. Incumplimiento: requerimiento definido sin soporte formal. |

| | | |
|---|---|---|
| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  Supersolidaria  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

| Requerimiento | Observaciones al análisis realizado |
|--|--|
| | Riesgo: calidad del dato no controlada. Recomendación: formalizar actividad e indicadores. |
| 3. Generación de certificado de cargue histórico | Existe en Balance del Sistema: 'Certificado Histórico - Planificación - 5,00%'. No se detalla en el Informe de Proyectos. Coherencia parcial. Avance bajo (5,00%). Cumple con rezago. |
| 5. Módulo actualización de datos (nivel, NIT, sigla, etc.) | Existe en Balance del Sistema: 'Actualización de Datos - 8,33%'. No se detalla en Informe de Proyectos. Coherencia parcial. Avance bajo (8,33%). Cumple con retraso. |
| 8. Generación de certificado de vigilancia | Existe en Balance del Sistema: 'Certificado de Constancia de Vigilancia - 18,31%'. No se detalla en Informe de Proyectos. Coherencia parcial. Avance bajo (18,31%). Cumple con rezago. |
| 11. Tasa de Contribución Fase III - Pasarela de Pagos | Existe en Balance del Sistema: 'Pasarela de Pagos - 24,98%'. No se detalla en Informe de Proyectos. Coherencia parcial. Avance bajo. Cumple con retraso. |
| 12. Módulo Supervisor / Migración Tablero GAD | Existe en Balance del Sistema: 'Tablero GAD - 8,33%'. En Informe de Proyectos se menciona módulo Supervisión en planeación. Coherente. Avance crítico (8% Aprox.) |

| | |
|-------------------------------|--|
| Conclusiones generales | <ul style="list-style-type: none"> • Coherencia general: [SI] Alta entre ambos informes. • Incumplimiento relevante: Requerimiento de Calidad/Gobernanza del dato sin soporte formal. • Avance global Fase 2 reportado: 71,09 % |
| Riesgos | <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de rezago en requerimientos críticos (<20 %). • Riesgo de debilidades en calidad y confiabilidad del dato. |
| Recomendaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Formalizar y medir el requerimiento de calidad/gobernanza del dato. • Definir plan de aceleración para requerimientos con avance bajo. |

Caso 2: PRY02 - Implementar seguridad digital y el modelo de seguridad y privacidad de la información


El proceso remitió los soportes:

- INFORME_MSPI_ABRIL PRY02.pdf.
- PLAN_SEGURIDAD_Y_RIESGOS_2026_ABRIL.pdf

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| Requerimiento | Observaciones al análisis realizado |
|---|---|
| FASE 5 – Selección de controles a implementar (julio–diciembre 2025) | |
| 1. Homologar controles del nuevo modelo de seguridad y privacidad de la información | <p>No se identifican en estos las fases y los requerimientos definidos en la ficha del proyecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe en INFORME_MSPI: [NO]. Podría haber coherencia con "Actualización del instrumento MSPI – versión ISO/IEC 27001:2022" y "Seguimiento a la aplicación de controles". • Existe en PLAN_SEGURIDAD_Y_RIESGOS: [NO]. Podría haber coherencia con "Identificación de brechas y mapeo de controles asociados a riesgos". • Coherencia: [NO] • Avance: Sin identificar. • Incumplimiento: Sin seguimientos para evaluar. <p>Conclusión: Homologación no documentada, no se identifica relación con la ficha del proyecto. En la ficha del proyecto, los tiempos de implementación eran de Julio 2025 - Diciembre 2025, sin embargo, no está incluido en los soportes suministrados.</p> |
| 2. Generación de autodiagnóstico de implementación | <ul style="list-style-type: none"> • Existe en INFORME_MSPI: [OK]: "Autodiagnóstico Seguridad; 67%" y medición de madurez MSPI. • Existe en PLAN_SEGURIDAD_Y_RIESGOS: [OK]: Autodiagnóstico y medición de cumplimiento por actividades. • Coherencia: [OK] • Avance: 67% • Incumplimiento: [SI] <p>Conclusión: El avance es consistente con el cronograma, sin embargo, la actividad "1.3 Aprobación Instrumento" que tiene el entregable "Aprobación comités CIGD" tiene fecha de cumplimiento para el 30/04/26 y presenta un porcentaje del 0%. Igualmente, no está soportada en el informe; Aunque el informe presenta una nota en la página 8 que indica: "Las actividades que actualmente presentan un avance del 0% corresponden a aquellas cuya ejecución, de acuerdo con el cronograma establecido, inicia en fechas posteriores al mes de marzo. Por tal motivo, no registran avance a la fecha de corte del presente informe", la actividad incumplida no le aplica esta aclaración, dado que inicia el "01/02/26". En la ficha del proyecto, los tiempos de implementación eran de Julio 2025 - Diciembre 2025, sin embargo, no está incluido en los soportes suministrados.</p> |
| 3. Implementación SOC | <ul style="list-style-type: none"> • Existe en INFORME_MSPI: [NO]. Se podría asociar a "Monitoreo de Seguridad" y "Análisis de vulnerabilidades", pero no se hace mención explícita de SOC. • Existe en PLAN_SEGURIDAD_Y_RIESGOS: [NO]. Se podría asociar a "Monitoreo de Seguridad" y "Análisis de vulnerabilidades", pero no se hace mención explícita de SOC. • Coherencia: [NO] • Avance: No cuantificado como SOC. • Incumplimiento: [SI] <p>Conclusión: No se identifica en los soportes suministrados este Requerimiento. En la ficha del proyecto, los tiempos de implementación eran de Julio 2025 - Diciembre 2025, sin embargo, no está incluido en los soportes suministrados.</p> |

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

| Requerimiento | Observaciones al análisis realizado |
|---|--|
| FASE 6 – Declaración de Aplicabilidad (julio–diciembre 2025) | |
| 4. Análisis del nivel de madurez y alcance del MSPI | <ul style="list-style-type: none"> • Existe en INFORME_MSPI: "Indicadores de seguridad" (0%) • Existe en PLAN_SEGURIDAD_Y_RIESGOS: "8. Indicadores Seguridad" / 8.1. Madurez MSPI. (0%) • Coherencia: [NO] • Avance: En la ficha se indicó que esta fase de ejecutaría en julio–diciembre 2025. • Incumplimiento: [SI] <p>Conclusión: En la ficha del proyecto, los tiempos de implementación eran de Julio 2025 - Diciembre 2025, sin embargo, en el plan se presenta el hito 8.1. Madurez MSPI con un avance el 0% y con fechas de ejecución del "15/01/26" al "31/12/26".</p> |
| 5. Documento con Declaración de Aplicabilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Existe en INFORME_MSPI: [NO]: No se evidencia documento formal de Declaración de Aplicabilidad (SoA) • Existe en PLAN_SEGURIDAD_Y_RIESGOS: [NO]. No se identifica SoA como entregable explícito • Coherencia: [NO] • Avance: 0% (no reportado) • Incumplimiento: [SI] <p>Conclusión: En la ficha del proyecto, los tiempos de implementación eran de Julio 2025 - Diciembre 2025, sin embargo, no se presenta ni en el plan ni en el informe. Requerimiento definido sin evidencia documental.</p> |

| | |
|-------------------------------|--|
| Conclusiones generales | <ul style="list-style-type: none"> • No existe coherencia entre los documentos y la ficha del proyecto. • No se presentan avances en el plan y en informe. |
| Riesgos | <ul style="list-style-type: none"> • Incumplimientos de la ficha del proyecto de acuerdo con las fechas definidas. |
| Recomendaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Alinear los diferentes documentos, aprobarlos y realizar seguimientos oportunamente. |


Caso 3: PRY03 - Implementación Plan de Recuperación de Desastres TI

El proceso remitió los soportes:

- O2 E2 Informe Proyecto Implementación Plan de Recuperación de Desastres TI 2025 (cierre).PDF.

| Requerimiento | Observaciones al análisis realizado |
|---|---|
| Fase 2 (Enero 2025 - Junio 2025) | |
| * Construcción de estrategias de recuperación por dominio | Se identifica en el informe un avance del 100%, sin embargo, el estado actual es "En progreso", lo cual genera confusión en la lectura. |
| * Construir plan de pruebas de recuperación | |

| | | |
|---|---|---|
| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|--|--|---|
|  Supersolidaria | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|--|--|---|

| Requerimiento | Observaciones al análisis realizado |
|----------------------------|-------------------------------------|
| * Aprobación de DRP (OAPS) | |
| * Pruebas de DRP | |

| | |
|-------------------------------|---|
| Conclusiones generales | Si bien, se identifica en el informe a corte de octubre de 2025 un avance del 100% de cada uno de los Requerimientos o hitos de este proyecto, en este mismo informe se presenta como estado actual "En progreso", que genera confusión en la lectura e impresión de si quedó algún pendiente que implique ajustar el porcentaje de cumplimiento. |
| Riesgos | <ul style="list-style-type: none"> Incumplimientos de la ficha del proyecto de acuerdo. |
| Recomendaciones | <ul style="list-style-type: none"> Aclarar el estado actual y confirmar si el proyecto se culminó y se cerró con éxito. En caso contrario, presentar actualización de la ficha del proyecto. |

Caso 4: PRY07 - Cambio arquitectura de infraestructura tecnológica (Nube principal - Respaldo en tierra)

El proceso remitió los soportes:

- O2 Informe Técnico Migración a Azure.pdf.

| Requerimiento | Observaciones al análisis realizado |
|---|--|
| Fase 3 (Mayo 2025) | |
| Pruebas y publicación de servicios (se estima en un tiempo de un mes) | No existe relación entre la ficha del proyecto con el informe suministrado como soporte. La ficha contiene 3 fases, con fechas de ejecución: F1: Octubre a Noviembre 2024, F2 de Diciembre 2024 a Febrero 2025 y, F3 de a Mayo 2025, sin embargo, en el informe suministrado, se presentan 4 fases, con fechas de implementación desde diciembre 2025 a junio 2026. |

| | |
|------------------------|---|
| Conclusiones | No se identificó avance o cumplimiento del proyecto. |
| Riesgos | Incumplimiento del PETI. |
| Recomendaciones | <ul style="list-style-type: none"> Aclarar el estado actual y confirmar si el proyecto se culminó y se cerró con éxito. En caso contrario, presentar actualización de la ficha del proyecto. |

Caso 5: PRY08 - PABLO (Plataforma de Articulación y Balance de la Operación) - Integrar los sistemas de información de herramientas gerenciales y administrativos


El proceso remitió los soportes:

- 29042026_ABRIL_INFORME_PETI_PY08_PABLO_2026.pdf.
- 29042026_CRONOGRAMA_FASEII_PETI_PLAN DE ACCION.pdf.

| | | |
|---|---|---|
| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| Requerimiento | Observaciones al análisis realizado |
|--|---|
| Fase 2 (Febrero 2025 - Diciembre 2025) | |
| <p>* Modulo de planeación v2: Desarrollo de una nueva versión mejorada del módulo de planeación que permita la optimización de los procesos relacionados con la planificación de proyectos y recursos.</p> | No se identificó el "Modulo de planeación v2" ni en el cronograma ni en el informe suministrado. |
| <p>* Modulo de Banco de proyectos versión 2: Desarrollo de la segunda versión del módulo Banco de Proyectos, con nuevas funcionalidades y mejoras basadas en la retroalimentación de la fase anterior.</p> | En el cronograma se identifica en la tarea 3 "PLATAFORMA PABLO FASE II - MODULO BANCO DE PROYECTOS". En el informe solo se presenta una muy breve información llamada "2. Detalle de cumplimiento por módulos: <i>"BANCO DE PROYECTOS: Estabilización de la actualización y migración de módulos operativos para asegurar la eficiencia en la gestión de procesos y la migración de la base de datos a nube (ORACLE)"</i> . Con esta información, no es posible dar una retroalimentación clara de ejecución de la actividad definida en la ficha del proyecto. |
| <p>* Modulo de Auditoria para el SIG V0: Integración de un módulo de auditoría inicial para asegurar la trazabilidad y transparencia en los procesos de gestión</p> | No se identificó el "Modulo de planeación v2" ni en el cronograma ni en el informe suministrado. |
| <p>* Interoperabilidad entre módulos y la usabilidad de la información: Garantizar la interoperabilidad fluida entre los distintos módulos de la plataforma y optimizar la usabilidad de la información en todos los niveles.</p> | No se identificó el "Modulo de planeación v2" ni en el cronograma ni en el informe suministrado. |
| <p>* Uso y apropiación del sistema: Implementación de actividades de capacitación y seguimiento para</p> | No se identificó el "Modulo de planeación v2" ni en el cronograma ni en el informe suministrado. |

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| <p>Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno</p> | <p>Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno</p> | <p>Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno</p> |

| | | |
|--|--|---|
|  Supersolidaria | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|--|--|---|

| Requerimiento | Observaciones al análisis realizado |
|--|-------------------------------------|
| garantizar el uso adecuado y la apropiación del sistema por parte de los usuarios finales. | |

| | |
|------------------------|---|
| Conclusiones | <p>* La ficha del proyecto define que la fase 2 se desarrollaría en desde febrero 2025 a diciembre 2025, sin embargo, en el cronograma suministrado como soporte, la fase 2 se presentan tareas con fechas de inicio y fin para el 2026.</p> <p>* No existe coherencia de las fechas de inicio y fin de las fases del proyecto entre la "Ruta 2024-2026" donde se encuentran las fichas de los proyectos, con el informe a corte de abril 2026 suministrado como soporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fase 1: En la ficha esta fase va desde abril 2024 a junio 2025, sin embargo, en el informe se presentó desde abril 2024 a agosto 2025. - Fase 2: En la ficha esta fase va desde enero 2025 a diciembre 2025, sin embargo, en el informe se presentó desde septiembre 2025 a marzo 2026. <p>* Desalineación de los documentos que sirven para realizar seguimiento a los proyectos. Se identificó que existen hitos en la fase 2 de la ficha de este proyecto que no guardan relación con el cronograma o con el informe.</p> |
| Riesgos | Incumplimiento del PETI. |
| Recomendaciones | <ul style="list-style-type: none"> • Aclarar el estado actual y confirmar si el proyecto se culminó y se cerró con éxito. En caso contrario, presentar actualización de la ficha del proyecto. |

4.1.5. HALLAZGO 5: FALENCIAS EN LA ATENCIÓN COMPLETA E INTEGRAL DE LOS REQUERIMIENTOS DE INFORMACIÓN.


Caso a. Aclaración de la estructura de la tabla.

En relación con la tabla 36 "Operación de los Servicios Tecnológicos", se solicitó aclarar si las columnas "Sí" y "No" corresponden a la existencia o no de la operación del servicio. No obstante, el proceso respondió que *"De acuerdo con el manual de creación e implementación del PETI dispuesto por el MinTIC, se realiza una identificación de las capacidades de TI, puntualmente para la infraestructura de TI en la entidad"*. Dicha respuesta no atiende la inquietud planteada, dado que no aclara el significado de las columnas "Sí" y "No", ni precisa si estas indican operación implementada, no implementada u otro criterio. Adicionalmente, introduce un tema distinto (capacidades de TI e infraestructura) que no guarda relación directa con la operación de los servicios tecnológicos solicitada.

Caso b. Aclaración sobre la forma de operación de los servicios tecnológicos

Frente a la tabla 36 "Operación de los Servicios Tecnológicos", se solicitó indicar cómo se realiza la

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|---|--|---|
|  | <p align="center">INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA</p> | <p align="right">Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02</p> |
|---|--|---|

operación de los servicios tecnológicos. Sin embargo, el proceso respondió que *"en el documento de Modelo de Gobierno de TI se encuentran descritos y definidos cada uno de los roles que conforman la gobernabilidad de TI"*.

La respuesta no describe la forma en que se realiza la operación de los servicios tecnológicos, limitándose a mencionar la existencia de un Modelo de Gobierno de TI, sin explicar la modalidad de operación, los responsables operativos o el esquema de prestación de los servicios.

Caso c. Entrega de información sobre Acuerdos de Nivel de Servicio (ANS).

Para los Acuerdos de Nivel de Servicio, se solicitó indicar con quiénes se realizan los ANS y remitir los reportes periódicos sobre el desempeño de los servicios. No obstante, el proceso respondió que *"La información solicitada se encuentra fuera del alcance del plan de auditoría compartido el 27 de abril, ya que no hay ningún proyecto asociado al cumplimiento de indicadores de ANS"*.

Sin embargo, el capítulo 8.8.2 "Administración de la operación" del PETI señala que *"La entidad implementa los procesos de soporte y mantenimiento preventivo y correctivo de los servicios tecnológicos"* y relaciona en la tabla 37 "Matriz de Mantenimientos" el identificador "Acuerdos de Nivel de Servicios", indicando que *"se han establecido Acuerdos de Nivel de Servicios esperados (tiempo de respuesta, tiempo de resolución)"* y que estos *"se han alineado con los objetivos de la entidad y las expectativas de los usuarios"*. En consecuencia, la información solicitada se encuentra directa y explícitamente documentada en el PETI.

Caso d. Entrega de información sobre encuestas de satisfacción

Para la Mesa de Servicio, se solicitó remitir las encuestas de satisfacción del usuario realizadas. Sin embargo, el proceso respondió que *"la información solicitada se encuentra fuera del alcance del plan de auditoría compartido el 27 de abril, ya que no hay ningún proyecto asociado al cumplimiento de indicadores de ANS"*.

Al igual que en los casos anteriores, el capítulo 8.8.2 "Administración de la operación" del PETI y la tabla 37 "Matriz de Mantenimientos" establecen, en el identificador "Mesa de Servicios", que *"se realiza encuesta de satisfacción del usuario (opcional)"*. Por lo tanto, la información requerida está expresamente contemplada en el PETI. Adicionalmente, la respuesta remitida se relaciona con indicadores de ANS, cuando el requerimiento estaba orientado específicamente a encuestas de satisfacción de la Mesa de Servicios.

CRITERIO:


Las situaciones descritas contravienen lo establecido en la Carta de Compromiso, en la cual se declaró que:

1. *"Somos responsables de la oportuna preparación, presentación y consistencia de la información que será entregada en el marco de la auditoría a la Oficina de Control Interno."*
2. *"Se hará entrega oficialmente de toda la información relacionada con la gestión del proceso a evaluar, atendiendo los requerimientos hechos por la Oficina de Control Interno."*
3. *"La información a suministrar será válida, integral y completa para los propósitos del proceso auditor."*

CAUSA:

- Deficiente comprensión y atención de los requerimientos de auditoría, que conlleva a respuestas parciales, imprecisas o no alineadas con lo solicitado.

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| <p>Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno</p> | <p>Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno</p> | <p>Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno</p> |

| | | |
|--|--|---|
|  Supersolidaria | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|--|--|---|

- Falta de articulación entre lo documentado en el PETI y la información suministrada al proceso auditor, lo que genera respuestas que desconocen el contenido vigente del propio PETI.

CONSECUENCIAS O EFECTOS:

- Riesgo de limitación en el ejercicio del control interno, al no contar con información completa, clara y verificable para validar la operación de los servicios tecnológicos.
- Riesgo de pérdida de confiabilidad de la información institucional, al evidenciar inconsistencias entre las respuestas del proceso y lo establecido en el PETI.

RECOMENDACIONES DEL EQUIPO AUDITOR:

- Fortalecer la preparación y revisión de la información antes de su remisión a Control Interno, asegurando que las respuestas atiendan de forma directa e integral los requerimientos formulados.
- Verificar la coherencia entre las respuestas suministradas y el contenido del PETI, garantizando el cumplimiento de los compromisos establecidos en la Carta de Compromiso y la entrega de información válida, completa y consistente.

4.2. SEGUNDO OBJETIVO PRIMARIO Y ALCANCE. VALIDAR LOS INDICADORES ESTABLECIDOS DEL PETI.

4.2.1. HALLAZGO 6. DEBILIDADES EN LA DEFINICIÓN DE LOS INDICADORES DEL PETI.

Con relación a los indicadores del PETI, se solicitó al proceso las hojas de los indicadores vigentes y las evidencias de ejecución y seguimiento de acuerdo con su periodicidad. Al particular, el proceso indicó que los indicadores se definieron en la plataforma PABLO para realizar el seguimiento a la ejecución de los proyectos. Al validar la ficha de Indicador "Avance en la ejecución de los proyectos del plan estratégico" se identificaron las siguientes situaciones:

Caso a: Error en la definición de la fórmula del indicador.


La fórmula del indicador es $(A/B)*100$ y la descripción presenta "A=Suma del avance porcentual de cada proyecto" y "B=Suma del avance porcentual de cada proyecto".

| |
|--|
| <p>Formula</p> <p>$(A/B)*100$ $(A/B)*100$</p> <p>Fórmula Descripción</p> <div style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>= (SUMA DEL AVANCE PORCENTUAL DE CADA PROYECTO/SUMA DEL AVANCE PORCENTUAL DE CADA PROYECTO)</p> <p>A= SUMA DEL AVANCE PORCENTUAL DE CADA PROYECTO B= SUMA DEL AVANCE PORCENTUAL DE CADA PROYECTO</p> </div> |
|--|

Ilustración 1. Fórmula del indicador.

El numerador (A) y el denominador (B) representan exactamente la misma magnitud, y en consecuencia, el resultado del indicador será siempre 100%, independientemente del avance real de los proyectos; el indicador no mide desempeño, avance ni cumplimiento, sino que se convierte en un valor constante sin capacidad de control ni análisis.

| | | |
|--|---|---|
| <p>ELABORADO POR</p> <p>Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno</p> | <p>REVISADO POR</p> <p>Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno</p> | <p>APROBADO POR</p> <p>Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno</p> |
|--|---|---|

| | | |
|---|--|---|
|  | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|---|--|---|

Caso b. No se soportó el seguimiento al indicador definido.

Pese a que la solicitud de información en el punto 8 en donde se requirieron las "Evidencias de ejecución y seguimiento de los indicadores de acuerdo con su periodicidad desde el 2025", esta información no fue remitida por parte del proceso, y por lo cual, no se logró realizar la respectiva validación de seguimiento del indicador de los proyectos de acuerdo con su periodicidad.

CRITERIO:

La Guía de Construcción del PETI establece en la Fase 3 – Construir, Actividad 14:

“En esta actividad el equipo de construcción del PETI definirá los indicadores que permitirán hacer seguimiento a la ejecución del mapa de ruta de proyectos y la operación de TI. Un plan que no tenga indicadores ni metas no es un plan” y “Realizar la caracterización y hoja de vida de cada uno de los indicadores identificados”.

De estos lineamientos se desprende que un indicador debe:

- Medir efectivamente el avance o resultado.
- Tener capacidad de variación.
- Permitir seguimiento y toma de decisiones.
- Ser coherente con la hoja de ruta del PETI.

CAUSA:

- Deficiente formulación técnica del indicador, al no validar la lógica matemática de la fórmula definida, lo que impidió que el indicador midiera efectivamente el avance real de los proyectos.
- Debilidad en el seguimiento y control de los indicadores, evidenciada por la falta de documentación y soportes de ejecución y medición conforme a la periodicidad definida.

CONSECUENCIAS O EFECTOS:

- Riesgo de información no confiable para la toma de decisiones, al contar con indicadores que no reflejan el desempeño ni el avance real de los proyectos del PETI.
- Riesgo de incumplimiento en el seguimiento del PETI, al no disponer de evidencias que permitan verificar la ejecución y el control periódico de los indicadores definidos.


RECOMENDACIONES DEL EQUIPO AUDITOR:

- Reformular la definición y la fórmula de los indicadores del PETI, asegurando que estos midan efectivamente el avance, desempeño y cumplimiento de los proyectos, conforme a buenas prácticas de gestión.
- Fortalecer el seguimiento y la documentación de los indicadores, garantizando la generación y conservación de evidencias de medición y análisis de acuerdo con la periodicidad establecida.

5. PLAN DE MEJORAMIENTO

Se adjunta formato FT-COIN-008, con la FORMULACIÓN del plan de mejoramiento, la cual es un resumen de la auditoría y es inobjetable, mientras que la parte de DEFINICIÓN corresponde definirla conjuntamente, para ello, se remite la propuesta de la OCI, otorgando el término de hasta 5 días hábiles para su trámite en el componente de DEFINICIÓN.

| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
|---|---|---|
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |

| | | |
|--|--|---|
|  Supersolidaria | INFORME DEFINITIVO ACTIVIDAD DE AUDITORÍA | Código: FT-COIN-007 Marzo-2025 Versión: 02 |
|--|--|---|

Tenga en cuenta los siguientes aspectos legales y algunos Tips:

NORMAS:

- El artículo 4 Ley 87 /93, establece que la responsabilidad de sus directivos " g. Aplicación de las recomendaciones resultantes de las evaluaciones del control interno "
- El artículo 12. Establece como función de la OCI, k) Verificar que se implanten las medidas respectivas recomendadas
- Decreto 338 2019 y Guía de Autoría del DAFP, establece que en relación con el plan de mejoramiento el Jefe de Control Interno debe: Acompañar a cada área en la formulación adecuada, rigurosa y con enfoque estratégico de las acciones de mejora (rol de prevención, resultante de trabajos de auditoría).

TIPS:

- Se debe revisar y definir la parte de DEFINICIÓN, la cual lleva una propuesta de la OCI y tenga en cuenta como referencia la parte de FORMULACIÓN, la cual es de completo fuero de la OCI, siendo inobservable.
- La acción de mejoramiento debe atacar cada causa posible y por ende evitar el hallazgo se repita. Un hallazgo puede tener más de una acción de mejoramiento.
- Fije acciones de mejoramiento acordes con las recomendaciones del informe de auditoría.
- Las acciones de mejoramiento de tipo CORRECTIVO, propuestas por la OCI, tienen una característica casi total, no son negociables.
- Cuando la acción la puede realizar en forma DIRECTA el proceso auditado, tiene un plazo de 1 a 3 meses; cuando es COMPARTIDA, por qué dependen de otro proceso, se otorga de 1 a máximo 6 meses y cuando la acción es de tipo INSTITUCIONAL, conlleva un plazo de 1 a 12 meses, como máximo.
- Las evidencias deben apuntar en forme definitiva e implicar demostrar su gestión de la acción correctiva, siendo eficaces y eficientes. Son tangibles generalmente y deben ser explicadas en la siguiente columna.

Atentamente,



JORGE HERNANDO PEDRAZA VARGAS

Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Rafael Hernando Calle Cabezas - Contratista, Líder de la Auditoría.

HISTORIAL DE CAMBIOS

| VERSIÓN | FECHA | RAZÓN DE LA ACTUALIZACIÓN |
|---------|----------------|--|
| 0 | Noviembre 2020 | Primera versión del documento |
| 1 | Octubre 2023 | Actualización Logos institucionales |
| 2 | Marzo 2025 | Actualización del procedimiento de acuerdo a la actualización de la Guía de Auditoría Basada en Riesgos SES. |

| | | |
|---|---|---|
| ELABORADO POR | REVISADO POR | APROBADO POR |
| Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno | Nombre: Jorge Hernando Pedraza Vargas Cargo: Jefe Oficina de Control Interno |