

FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME	Día:	15	Mes:	09	Año:	2020
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

Unidad Auditada:	GESTIÓN JURÍDICA
Dependencia(s):	Oficina Asesora Jurídica
Líder de la Unidad Auditada (Nombre y Cargo)	Juan Carlos López Gómez – Jefe de Oficina Asesora Jurídica
Objetivo de la Auditoría:	<p>1. Llevar a cabo la evaluación en la identificación de riesgos y diseño de controles asociados al proceso P-GEJU-006 – Gestión Jurídica.</p> <p>2. Llevar a cabo la verificación de la correcta ejecución de los procedimientos R-GEJU-009 “ASESORÍA JURÍDICA”, R-GEJU-008 “REPRESENTACIÓN EN ACCIONES DE TUTELA” y R-GEJU-006 “REPRESENTACIÓN EN PROCESOS JUDICIALES EN CALIDAD DE DEMANDADO”, así como el cumplimiento de la normatividad vigente, los procesos y procedimientos internos y externos y aplicación de puntos de control, a cargo de la Oficina Asesora Jurídica.</p> <p>3. Verificación y análisis de los instrumentos archivísticos y los soportes que evidencien el desarrollo de las actividades propias de la gestión documental al interior de la entidad, por lo cual se tendrá en cuenta lo definido en los procedimientos asociados al proceso de gestión documental, cuyo alcance contemple la organización de los archivos de gestión de la entidad y por ende sean aplicables al proceso de Gestión Jurídica.</p>
Alcance de la Auditoría:	<p>Verificación del correcto desarrollo de la gestión jurídica por parte de la Oficina Asesora Jurídica, durante la vigencia 2019, relacionada con los procedimientos:</p> <p>R-GEJU-009 “ASESORÍA JURÍDICA”</p> <p>R-GEJU-008 “REPRESENTACIÓN EN ACCIONES DE TUTELA”</p> <p>R-GEJU-006 “REPRESENTACIÓN EN PROCESOS JUDICIALES EN CALIDAD DE DEMANDADO”</p>
Criterios de la Auditoría:	<p>Ley 1755 de 2015</p> <p>Decreto 2591 de 1991</p> <p>Instructivos E-kogui</p> <p>R-GEJU-009 “ASESORÍA JURÍDICA”</p>

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

R-GEJU-008 "REPRESENTACIÓN EN ACCIONES DE TUTELA"
R-GEJU-006 "REPRESENTACIÓN EN PROCESOS JUDICIALES EN CALIDAD DE DEMANDADO"

Reunión de Apertura			Ejecución de la Auditoría						Reunión de Cierre				
Día	Mes	Año	Desde	Día	Mes	Año	Hasta	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
N.A	N.A	N.A		10	08	2020		28	08	2020	N.A	N.A	N.A

Jefe oficina de Control Interno	Auditor
Mabel Astrid Neira Yepes	Daniel Ricardo González Cuadros - Contratista

I. DECLARACION

La auditoría se realiza con base en el análisis de diferentes muestras aleatorias seleccionadas por el auditor y se fundamenta en el siguiente soporte documental: expedientes fuente, procesos y procedimientos del sistema de gestión, reportes de los sistemas de información, cruces y validaciones, página web y normas internas y externas.

En aplicación al Decreto 648 de 2017 Artículo 2.2.21.4.8, la Oficina de Control Interno incorpora los siguientes instrumentos para la Actividad 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.

II. COMPROMISO DEL AUDITADO

Carta de representación en la que se establezca la veracidad, calidad y oportunidad de la entrega de la información presentada a las Oficinas de Control Interno.

III. NOTA DE SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:

Este documento contiene información de interés exclusivo del auditor y el auditado para surtir los trámites establecidos en la Guía de Auditoría. En ese sentido, hasta tanto no se constituya como informe final y sea publicado en la página Web de la Superintendencia de la Economía Solidaria, no podrá ser distribuido ni utilizado por terceros, ni se podrá hacer referencia a él en ningún otro asunto, sin el consentimiento previo y por escrito del Jefe de Control Interno.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

IV.METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la auditoría efectuada al proceso de GESTIÓN JURÍDICA y teniendo en cuenta el objetivo y alcance mencionados anteriormente, los cuales fueron presentados a la (Dependencia) a través del memorando 20201300011683 del 10 de agosto de 2020, se desarrollaron las siguientes actividades:

- a) Entendimiento del proceso: Se indagó sobre el estado del arte del proceso Gestión Jurídica aplicable en la Superintendencia, identificando la normatividad externa y documentación interna (manuales y procedimientos) adoptados para tal fin.
- 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: Teniendo en cuenta la situación de emergencia sanitaria del país (COVID 19) que tuvo efectos en el normal desarrollo de las actividades en la entidad, la apertura de la auditoría se realizó a través del memorando 20201300011683 del 10 de agosto de 2020 donde se describió la metodología a utilizar para esta actividad.
- d) Obtención y análisis de la información: Fue solicitada la información suficiente, relacionada con el universo de registros de asesoría jurídica, acciones de tutela y procesos judiciales activos, durante el alcance definido para efectos de seleccionar una muestra.

Ejecución de pruebas: Se realizó la verificación sobre el cumplimiento de los requisitos normativos internos y externos, sobre el desarrollo del proceso de GESTIÓN JURÍDICA, específicamente los procedimientos R-GEJU-009 “ASESORÍA JURÍDICA”, R-GEJU-008 “REPRESENTACIÓN EN ACCIONES DE TUTELA” y R-GEJU-006 “REPRESENTACIÓN EN PROCESOS JUDICIALES EN CALIDAD DE DEMANDADO”.

- e) Definición de observaciones y recomendaciones: Surgieron producto de la comparación entre el estado correcto del requisito (criterio) y el estado actual, socializando cada uno de ellos con el líder del proceso y personal a cargo de la gestión.

RIESGOS EVALUADOS (Riesgos evaluados en el proceso de auditoría)

Riesgos de gestión

El proceso de GESTIÓN JURÍDICA, cuenta con los siguientes riesgos de gestión identificados:

1. *Notificaciones extemporáneas dentro de los procesos judiciales*
2. *Información incompleta o nula e inoportuna*
3. *Falta de apoyo técnico por parte de las delagaturas*

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

4. *Respuesta por fuera de los términos legales de las solicitudes de información*
5. *insuficiencia de los documentos proyectados o revisados*
6. *Pérdida de competencia y caducidad de la acción administrativa*
7. *Actos administrativos, decisiones, conceptos y procedimientos no ajustados a las normas vigentes*

Nota: El riesgo 4 se encuentra repetido

Estos riesgos cuya valoración inicial se encuentran cinco (5) en perfil inaceptable, dos (2) en perfil importante y uno (1) en perfil tolerable, tienen definidos treinta y cinco (35) controles, indicando que con posterioridad a la ejecución de los mismos, el riesgo residual queda de la siguiente manera:

1. *Notificaciones extemporáneas dentro de los procesos judiciales* – PERFIL: Inaceptable
2. *Información incompleta o nula e inoportuna* – PERFIL: Inaceptable
3. *Falta de apoyo técnico por parte de las delagaturas* – PERFIL: Inaceptable
4. *Respuesta por fuera de los términos legales de las solicitudes de información* – PERFIL: Importante
5. *insuficiencia de los documentos proyectados o revisados* – PERFIL: Tolerable
6. *Pérdida de competencia y caducidad de la acción administrativa* – PERFIL: Inaceptable
7. *Actos administrativos, decisiones, conceptos y procedimientos no ajustados a las normas vigentes* – PERFIL: Inaceptable

Riesgos de corrupción

Verificada la matriz de riesgos de corrupción publicada en la intranet de la entidad, se pudo observar que el proceso no cuenta con riesgos de corrupción identificados.

DESARROLLO DEL EJERCICIO DE AUDITORÍA (Resultados de los Aspectos Evaluados)

1. Descripción del proceso (Objetivo)

Los objetivos del proceso son los siguientes: i) Representar jurídicamente a la Superintendencia en todas las actuaciones que realice en calidad de parte demandada o demandante, según el caso, ante las jurisdicciones que integran la rama judicial del poder Público y autoridades administrativa;

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

ii) Asesorar a la Superintendencia en todos los aspectos que guarden relación con la elaboración, aplicación y recopilación de las normas que la regulan, incluyendo dentro de éstas las expedidas para protección ambiental y las disposiciones que rigen a las Organizaciones de la Economía Solidaria objeto de supervisión y iii) Tramitar las consultas, solicitudes de información y derechos de petición que presenten los usuarios de la Superintendencia que guarden relación con las funciones de la Oficina.

2. Detalle de las validaciones realizadas

- a) Se realizó la evaluación sobre la identificación y diseño de controles de riesgos de gestión y de corrupción del proceso.
- b) Se realizó la verificación del cumplimiento del procedimiento de asesoría jurídica R-GEJU-009, seleccionando una muestra de registros de solicitud de conceptos y evaluando el trámite realizado por parte del área.
- c) Se evaluó el trámite de una selección de acciones de tutela presentadas ante la Superintendencia, verificando los soportes contenidos en el sistema esigna.
- d) Se verificó una selección de procesos judiciales activos en los que la entidad hace parte como demandado, analizando la información que se encuentra registrada en el sistema e-kogui y verificando que se carguen los documentos vitales de cada proceso.
- e) Se realizó la verificación sobre el cumplimiento de las políticas de gestión documental en el proceso.

3. Oportunidades de Mejora (Relacionada con la evaluación realizada)

- Se recomienda hacer ajustes al Formato Único de Inventario Documental – FUID atendiendo lo dispuesto el instructivo de diligenciamiento, del formato, las tablas de retención documental y el procedimiento R-GEDO-006 Administración de los archivos de gestión y transferencia primaria.

Lo anterior, teniendo en cuenta que revisado el archivo “*INVENTARIO DE GESTION*” se identifica lo siguiente:

- Campos sin diligenciar: en el formato hay algunos campos que no contienen información, tales como entidad remitente, entidad productora, nombre de serie y subserie, frecuencia de consulta, número de folios, entre otros.
- Codificación de las series y subseries: se observa que en su mayoría los códigos corresponden a la serie y subserie descrita, no obstante, se identifican algunos códigos que deben ser revisados, entre ellos 1100,2,9 (en el número de orden 1305) que no se encuentra registrado en las TRD.
- Denominación de las series y subseries: se observa que la subserie Acciones de cumplimiento en el inventario está registrada como Acción de cumplimiento, por lo que es

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

necesario registrarla tal como aparece en la tabla ya que esto facilita la recuperación de información en el momento de las búsquedas.

- Registro de fechas extremas: se identifican algunas fechas incompletas, como por ejemplo 13-0-2017 (número de orden 295) o que no corresponden a una fecha como tal, como por ejemplo 0 (número de orden 1217), adicional hay campos sin diligenciar.
- Registro de tomos: se identifica que el registro con número de orden 429 indica que la carpeta hace parte de un expediente con tres (3) carpetas en total, siendo esta el número tres (3), no obstante, al realizar búsqueda en el inventario no es posible ubicar los dos (2) restantes.

Observación de Oficina Asesora Jurídica: *“Frente a la recomendación, el grupo administrativo de la Oficina Asesora Jurídica se encuentra realizando los ajustes de forma en la revisión de los campos con información incompleta o mal diligenciada; es importante señalar que, algunos de los expedientes registrados en el FUID no se encuentran con fecha final por encontrarse activos; así como también, contamos con expedientes bajo custodia de la Oficina Asesora Jurídica, que no están contemplados en la TRD actual (solicitamos su actualización en la vigencia 2019); no obstante, se diligencian en el FUID ya que como herramienta archivística registrar estos documentos, nos permite como área disponer de la información en el momento oportuno.”*

Respuesta Oficina de Control Interno: Las oportunidades de mejora no corresponden a observaciones propiamente dichas, son presentadas como recomendaciones para la mejora en la gestión sin que necesariamente se incumpla con algún criterio; por lo anterior, es discrecional del área establecer acción de mejora para este caso.

En caso tal la Oficina decida establecer acción de mejora toda vez que se evidenciaron algunas inconsistencias en el diligenciamiento del formato, debe incluirse en el plan de mejoramiento.

OBSERVACIONES DE LA AUDITORIA (Principales Situaciones Detectadas)

Observación 1: Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al proceso de Gestión Jurídica.

Condición (Descripción de lo evidenciado):

Con el objetivo de verificar el cumplimiento de las directrices establecidas en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y analizada la matriz de riesgos de gestión y corrupción pertenecientes al proceso GESTIÓN JURÍDICA, se pudo observar lo siguiente:

Evaluada la estructura de los controles asociados a los riesgos de gestión de acuerdo a lo señalado en la guía de la función pública, se pudo identificar que el 100% de los mismos presentan

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

debilidades en su diseño, toda vez que carecen de uno o más componentes con los que debe contar un control.

Para que un control se encuentre debidamente diseñado, debe contener cada uno de los componentes señalados en el siguiente cuadro, los cuales se definen:

CONTROL	RESPONSABLE	PERIODICIDAD	PROPÓSITO	COMO	DESVIACIÓN	EVIDENCIA
Diseño del control	Persona asignada para ejecutar el control. Debe tener la autoridad, competencias y conocimientos para ejecutar el control dentro del proceso y sus responsabilidades deben ser adecuadamente segregadas o redistribuidas entre diferentes individuos, para reducir así el riesgo de error o de actuaciones irregulares o fraudulentas	El control debe tener una periodicidad específica para su realización (diario, mensual, trimestral, anual, etc.) y su ejecución debe ser consistente y oportuna para la mitigación del riesgo.	El control debe tener un propósito que indique para qué se realiza, y que ese propósito conlleve a prevenir las causas que generan el riesgo (verificar, validar, conciliar, comparar, revisar, cotejar) o detectar la materialización del riesgo, con el objetivo de llevar acabo los ajustes y correctivos en el diseño del control o en su ejecución.	El control debe indicar el cómo se realiza, de tal forma que se pueda evaluar si la fuente u origen de la información que sirve para ejecutar el control, es confiable para la mitigación del riesgo.	El control debe indicar qué pasa con las observaciones o desviaciones como resultado de ejecutar el control.	Esta evidencia ayuda a que se pueda revisar la misma información por parte de un tercero y llegue a la misma conclusión de quien ejecutó el control y se pueda evaluar que el control realmente fue ejecutado de acuerdo con los parámetros establecidos

Al observar el diseño de los controles correspondientes al proceso auditado, se puede evidenciar que no cuentan con cada uno de los componentes señalados en la guía expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, generando como consecuencia, que el riesgo se encuentre descubierto y se presente una alta probabilidad de materialización del mismo.

No se puede observar una metodología documentada que le permita a un tercero, identificar de igual forma cada una de las herramientas adoptadas por la dependencia para demostrar la aplicación de sus controles; dicho de otra forma, al no tener definida la evidencia que arroja la ejecución del control, no es posible para un tercero aplicar la misma acción y que genere el mismo resultado, el cual debería verse reflejado en la matriz de riesgo del proceso.

Por otro lado, cada una de las causas identificadas en la matriz deben tener un control, lo cual no es posible observar debido a la forma como se encuentra organizada la información en esta herramienta.

Finalmente, no se identifican riesgos de corrupción y en consecuencia sus respectivos controles.

Criterio:

“Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del DAFP.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

Causa identificada por OCI:

Inobservancia de las directrices establecidas por la función pública en materia de gestión del riesgo en entidades públicas.

Efecto identificado por OCI:

Materialización de los riesgos inherentes al proceso de Gestión Jurídica por debilidades en la formulación y posterior aplicación de los controles correspondientes.

Incumplimiento de las directrices establecidas en la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” del DAFP.

Recomendaciones:

1. Aplicar la “Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas” expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública.
2. Continuar con el trabajo en equipo con el apoyo de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en la revisión y ajustes a que haya lugar de a matriz de riesgos del proceso.
3. Revisar, ajustar y actualizar la matriz de riesgos del proceso, de modo que cuente con controles debidamente diseñados y adecuadamente aplicados con el fin de dar cubrimiento a los riesgos identificados, solicitando la colaboración del personal a cargo del proceso para que a través de un trabajo en equipo, se puedan identificar la totalidad de riesgos inherentes.
4. Ajustar la matriz de riesgos, diseñando un control por cada causa identificada.
5. Realizar una revisión periódica de los controles aplicables al proceso, con el objetivo de asegurar que las situaciones cambiantes no afecten la efectividad de las acciones.

Observación Oficina Asesora Jurídica: *“Es importante señalar que, en el mes de junio del año en 2020, se aprobó la política para la administración de riesgos y la metodología para la evaluación de éstos; así las cosas, esta oficina se encuentra realizando mesas de trabajo con la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas con el propósito de realizar la implementación de la política y metodología de riesgos de la entidad, en el proceso de gestión jurídica.*

En el desarrollo de estas mesas de trabajo, hemos identificado y analizado los riesgos, las valoraciones y (definición de controles) del proceso de gestión jurídica.

Una vez queden establecidos estos controles, desde la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, realizarán la valoración de los mismos y conforme a este resultado el módulo de riesgos nos indicará cual es el nivel de riesgo residual.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

Como paso final y una vez se culmine lo señalado anteriormente, se presentará esta matriz a la Oficina de Control Interno para su aprobación.”

Respuesta Oficina de Control Interno: La Oficina de Control Interno realizó la evaluación en la identificación de riesgos y diseño de controles que se encontraban oficializados a la fecha; es claro el trabajo que se encuentra realizando la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas con las áreas para la actualización de la matriz de riesgo, sin embargo, la observación se mantiene para efectos de realizar un posterior seguimiento y las acciones de mejora ejecutadas deben ser incluidas en el respectivo formato de plan de mejoramiento.

Observación 2: Se evidenció el incumplimiento del término señalado en la ley 1755 de 2015, respecto de la respuesta de las consultas presentadas al área.

Condición (Descripción de lo evidenciado):

El numeral 2 del artículo 14 de la Ley 1755 de 2015, respecto de la respuesta a los derechos de petición, señala lo siguiente:

“2. Las peticiones mediante las cuales se eleva una consulta a las autoridades en relación con las materias a su cargo deberán resolverse dentro de los treinta (30) días siguientes a su recepción.”

Teniendo en cuenta lo anterior y de acuerdo a la verificación realizada, de los trámites contenidos en el sistema Esigna de una muestra seleccionada de solicitudes de conceptos presentados durante la vigencia 2019, se pudo observar que algunos de ellos no fueron contestados dentro de los términos señalados en la norma, superando los treinta días hábiles con que cuenta la entidad para presentar una respuesta.

Es pertinente señalar que la base de datos suministrada por la Dependencia, contiene la fecha en que se le asigna el trámite a la Oficina Asesora Jurídica, sin embargo, el término de respuesta empieza a contar a partir de la fecha de presentación de la solicitud en la Entidad, por lo que el trabajo coordinado entre el Grupo de Gestión Documental y el área es de vital importancia.

Analizando el trámite de cada caso de incumplimiento se pudo observar que la respuesta fue proyectada en el sistema dentro de los términos legales, sin embargo, no fue remitido al consultante dentro del término señalado anteriormente.

Se anexa al presente informe el papel de trabajo donde se señalan los casos de incumplimiento.

Criterio:

Numeral 2 del artículo 14 de la ley 1755 de 2015

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

Causa identificada por OCI:

Falta de coordinación en el trámite de remisión de la respuesta de la consulta solicitada.

Efecto identificado por OCI:

Incumplimiento normativo

Recomendaciones:

1. Ajustar la base de datos de solicitudes de conceptos, tomando como fecha de recepción la que corresponda al ingreso que se hace a la entidad en la Oficina de Correspondencia.
2. Capacitar al personal del área sobre el sistema Esigna, con el objetivo de enviar las respuestas a las consultas con su correspondiente soporte.
3. Dar cumplimiento a la norma, dando respuesta a las consultas dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha de presentación en la entidad.

Observación Oficina Asesora Jurídica: *“Frente a la muestra considerada por parte de Control Interno, se tiene que las observaciones fueron: i) Se da respuesta por fuera del término señalado en la ley, ii) No se observa soporte de envío al consultante, iii) No se evidencia soporte de la radicación en el eSigna, iv) El correo electrónico de la consulta se remitió el día de enero pero no fue radicado sino hasta el día, sobre tal panorama, es posible realizar una consideración porcentual así:*

# de radicados como muestra	# de radicados sin observación	# de radicados proyectados y firmados en términos pero sin envío por esignabox	# de radicados proyectados y firmados en donde se anexa evidencia el envío por correo electrónico o guía de envío	# de radicados extemporáneos en proyección
47	4	24	17	2
100%	8,5%	51%	36,1%	4,2%

De lo anterior, se denota que el 98% de las contestaciones fueron oportunas pero por la falta de contrato de esignabox y la no información de tal carencia, se produjo un no envío automático de las contestaciones proyectadas y firmadas en términos de Ley; sobre tal particular, La OAJ ha realizados algunos ajustes para mitigar este tipo de riesgos como lo son:

1. Trazabilidades internas siempre por debajo del término de Ley.
2. Ajustes a las bases de datos de la OAJ.
3. Seguimiento semanal a cada uno de los gestores de la OAJ, para evitar vencimientos.
4. Retroalimentación por correo electrónico y comités primarios para que se ajuste la oportunidad.
5. Modificación al procedimiento en iSolucion parametrizando los ajustes de puntos de control para su cumplimiento.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

6. Capacitaciones a los grupos de participación ciudadana y archivo y correspondencia.
7. El reparto se hace a diario.
8. Se han realizado trabajos gráficos y de coordinación personales, para que las áreas entiendan y sensibilicen la oportunidad en reasignaciones.
9. Se ordenó y autorizó al personal de la OAJ, que atienda de forma prioritaria las consultas de las áreas de archivo y correspondencia donde requieran apoyo conocer si las peticiones o la correspondencia es de nuestra oficina, para no generar demoras mientras o radicaciones erróneas en otras dependencias.

Aunado a lo anterior, es de referir que la OAJ, ha tenido un desbalance en su importante gestión, por cuanto las demás áreas reasignan radicados vencidos o por próximos vencerse, lo cual hace que nuestras proyecciones se deban generar sobre términos casi que record (se anexa como soporte de lo anterior 1 archivo excel y todos los soportes de proyección oportuna de las peticiones).”

Respuesta Oficina de Control Interno: Analizada la respuesta por parte de la Oficina Asesora Jurídica, se puede confirmar que existió un incumplimiento a los términos de respuesta de las consultas solicitadas; dicha situación tiene como causa los inconvenientes que se presentan en el sistema Esigna para el envío de las consultas y la asignación de radicados próximos a vencerse.

Los inconvenientes que se presenten al interior de la entidad, no deben repercutir en los intereses del usuario que solicita una consulta dentro de los términos legales, por lo que las áreas involucradas deben coordinarse para que dicha situación no se vuelva a presentar.

La Oficina de Control Interno pudo corroborar a través de la base de datos que maneja el área jurídica, que las fechas de radicación ante la entidad y posterior remisión al área competente difieren considerablemente, lo que disminuye el término de análisis y estructuración de una respuesta oportuna.

Por otro lado, se pudo evidenciar que algunas respuestas fueron generadas en el sistema Esigna de manera oportuna, sin embargo, la remisión propiamente dicha al solicitante se realizó de manera extemporánea, por lo que se recomienda establecer un punto de control en el proceso que permita solucionar este tipo de situaciones en los casos que el sistema no funcione.

Teniendo en cuenta las anteriores aclaraciones, la observación se mantiene en los términos señalados y se dará alcance a la Secretaría General como área encargada de la correspondencia de la entidad a través del Grupo de Gestión Documental, para que con el trabajo en equipo con la Oficina Asesora Jurídica, se establezcan los correctivos necesarios.

Adicionalmente, la acciones que se están ejecutando por parte del área jurídica, podrán ser incluidas en el respectivo plan de mejoramiento.

VERIFICACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS POLÍTICAS DE GESTIÓN DOCUMENTAL

La Oficina de Control Interno en colaboración con el Grupo de Gestión Documental, realizó la verificación al cumplimiento de las políticas de gestión documental adoptadas por la entidad, evidenciando lo siguiente:

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

1. Tabla de Retención Documental – TRD que emplea para organizar el archivo de gestión.

Teniendo en cuenta la respuesta dada por el líder del proceso frente al requerimiento, y los documentos aportados, puede inferirse que se tiene claridad sobre la existencia del instrumento archivístico TRD, lo que contribuye al cumplimiento de lo establecido por el art. 24 de la Ley 594 de 2000 frente a la obligatoriedad de la adopción de las TRD por parte de las entidades del Estado.

Al respecto, es preciso señalar que la entidad cuenta con diferentes versiones de TRD, las cuales deben ser empleadas para la organización de los archivos de gestión, de acuerdo a los distintos periodos de tiempo en los que fueron producidos los documentos, esto teniendo en cuenta que, en algunos de los archivos de gestión de la entidad, aún se encuentran documentos que, a pesar de haber cumplido el tiempo de retención establecido, no han sido transferidos al Archivo Central.

2. Formato Único de Inventario Documental del Archivo de Gestión diligenciado.

Una vez revisada la respuesta del líder del proceso frente al requerimiento de remitir el Formato Único de Inventario Documental del Archivo de Gestión diligenciado, se observa que no se hace alusión a este, sin embargo, dentro de la carpeta de evidencias se identifica un archivo denominado “Copia de FUID” en cuyo objeto se registra “*INVENTARIO DE GESTION*”, por lo que se presume que este corresponde al documento requerido.

Revisado el archivo “*INVENTARIO DE GESTION*” se identifica lo siguiente:

- Campos sin diligenciar: en el formato, hay algunos campos que no contienen información, tales como entidad remitente, entidad productora, nombre de serie y subserie, frecuencia de consulta, número de folios, entre otros.
- Codificación de las series y subseries: se observa que en su mayoría los códigos corresponden a la serie y subserie descrita, no obstante, se identifican algunos códigos que deben ser revisados, entre ellos 1100,2,9 (en el número de orden 1305) que no se encuentra registrado en las TRD.
- Denominación de las series y subseries: se observa que la subserie “Acciones de cumplimiento” en el inventario está registrada como Acción de cumplimiento, por lo que es necesario registrarla tal como aparece en la tabla ya que esto facilita la recuperación de información en el momento de las búsquedas.
- Registro de fechas extremas: se identifican algunas fechas incompletas, como por ejemplo 13-0-2017 (número de orden 295) o que no corresponden a una fecha como tal, como por ejemplo 0 (número de orden 1217), adicional hay campos sin diligenciar.
- Registro de tomos: se identifica que el registro con número de orden 429 indica que la carpeta hace parte de un expediente con tres (3) carpetas en total, siendo esta el número tres (3), no obstante, al realizar búsqueda en el inventario no es posible ubicar los dos (2) restantes.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

Con relación al inventario documental del Archivo de Gestión es importante señalar que el art. 26 de la Ley 594 de 2000 establece que, “... *Es obligación de las entidades de la Administración Pública elaborar inventarios de los documentos que produzcan en ejercicio de sus funciones, de manera que se asegure el control de los documentos en sus diferentes fases*” y en concordancia con esta y otras normas (Ley 594 del 2000, Artículo 4, literal d), Ley 734 de 2002, Código Único Disciplinario, Artículo 34. Deberes. Numeral 5), Acuerdo AGN 038 de 2002, Artículo Primero y Artículo Cuarto, -Acuerdo AGN 042 del 2002, Artículo 3 y Decreto Único Sector Cultura 1080 del 2015, Artículo 2.8.2.5.3), la Superintendencia documentó la actividad mediante el procedimiento R-GEDO-006 administración de los archivos de gestión y transferencia primaria, cuyo numeral 3 del apartado *Generalidades y/o políticas de operación* se estableció que el jefe es el responsable de la organización de los documentos en gestión de cada una de las dependencias y de la elaboración y actualización de los inventarios documentales.

a. Hojas de control diligenciadas correspondientes a expedientes de series complejas que se conforman en la dependencia.

La respuesta frente a la elaboración de las hojas de control y las evidencias remitidas permiten evidenciar que el proceso de gestión jurídica está elaborando las hojas de control para los expedientes que conforman.

Sobre las hojas de control, se precisa señalar que su elaboración atiende lo dispuesto en el parágrafo del art. 15 del Acuerdo 005 de 2013, el cual señala que “*Es obligación de los responsables de las diferentes oficinas o unidades administrativas en las entidades públicas, impartir las instrucciones para garantizar la elaboración y diligenciamiento de la hoja de control durante la etapa activa del expediente...*”.

Así mismo, a lo dispuesto en el parágrafo del art. 12 del Acuerdo 002 de 2014 que señala que “*La persona o dependencia responsable de gestionar el expediente durante su etapa de trámite, está obligada a elaborar la hoja de control por expediente, en la cual se consigne la información básica de cada tipo documental...*”, por lo tanto, es necesario dar continuidad a la actividad.

b. Formato de control consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión diligenciado.

La respuesta del líder del proceso respecto a:

“Esta oficina ha venido diligenciando para la consulta y préstamo, el formato dispuesto por el grupo de gestión documental F-GEDO-016 Consulta y/o préstamo documental para archivos de gestión.

Es importante indicar que el diligenciamiento de este formato, se encuentra de manera física en el archivo de nuestra área.”

La respuesta frente al requerimiento, respecto a la imposibilidad de acceder a esta información, es un limitante para efectuar la verificación correspondiente, por tanto, no es posible emitir un

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

concepto sobre este numeral, no obstante, es pertinente recordar la importancia del uso del formato, el cual se encuentra disponible en el Sistema de Gestión Integrado en el proceso de Gestión Documental, ya que con ello además de dar cumplimiento a lo establecido en el Acuerdo 042 de 2002 art. 6 “*préstamo de documentos para trámites internos*”, se ejerce control sobre los documentos, se minimiza el riesgo de pérdidas o “traspapelo del archivos” y se facilita el acceso a la información contenida en ellos.

c. Soportes de la última transferencia documental efectuada.

Una vez revisada la carpeta de evidencias, se identifica un archivo denominado *Copia de ACTAS DE ENTREGA DOCUMENTAL- JURIDICA.pdf*, el cual corresponde al acta de entrega/recibo de documentos mediante la cual se formalizó la transferencia documental primaria correspondiente a la vigencia 2019.

Si bien el proceso de Gestión Jurídica realizó la transferencia para la 2019, no sobra recordar que esta es una actividad que debe desarrollarse de forma anual, en atención a lo dispuesto en el artículo 4 del Acuerdo 042 de 2002 que establece:

” Las transferencias primarias deberán efectuarse de conformidad con lo estipulado en la Tabla de Retención Documental. Para ello se elaborará un plan de transferencias y se seguirá la metodología y recomendaciones que sobre el particular haga el jefe del archivo central, diligenciando el formato único de inventario, regulado por el Archivo General de la Nación.”

d. Actas de eliminación de documentos.

La respuesta dada por el líder del proceso es consecuente con las dinámicas propias de cada proceso, por lo que no procede análisis alguno frente a este numeral; no obstante, es importante recordar que la eliminación de documentos está reglamentada por el Decreto 1080 de 2015 el cual establece en el art. 2.8.2.2.5 que:

“La eliminación de documentos de archivo deberá estar respaldada en las disposiciones legales o reglamentarias que rigen el particular, en las tablas de retención documental o las tablas de valoración documental con la debida sustentación técnica, legal o administrativa, y consignada en conceptos técnicos emitidos por el Comité Interno de Archivo”.

Por lo anterior, los únicos documentos que pueden ser eliminados al interior de los procesos o las dependencias son los documentos de apoyo, definidos como los documentos generados por la misma oficina o por otras oficinas o instituciones, que no hacen parte de sus series documentales, pero que son de utilidad para el cumplimiento de sus funciones.

Para la eliminación de los documentos de apoyo debe observarse lo contenido en el parágrafo del art. cuarto del Acuerdo 042 de 2002 el cual señala que los documentos de apoyo no se consignaran en la Tabla de Retención Documental de las dependencias y por lo tanto pueden ser

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

eliminados cuando pierdan su utilidad o vigencia, dejando constancia en acta suscrita por el respectivo jefe de dependencia.

e. Inventarios documentales de entrega de documentos por desvinculación o retiro de servidores públicos.

La respuesta remitida por el líder del proceso frente a este requerimiento, es un limitante para efectuar la verificación correspondiente, por tanto, no procede análisis alguno.

No obstante, es importante poner de manifiesto que el Acuerdo 038 de 2014 respecto a los inventarios documentales de entrega de documentos por desvinculación, en el procedimiento para la entrega y recibo de los documentos y archivos por inventario, señala que el jefe de la dependencia, será el responsable de la custodia de los archivos de la oficina a su cargo; en este sentido y teniendo en cuenta que estos inventarios documentales son el instrumento en el que se describen los expedientes o documentos objeto de entrega y por tanto son los que permitirán tener un control sobre estos, es apropiado que reposen en primera instancia en el grupo al cual corresponden para garantizar continuidad en la gestión de este; ahora bien en otro grupo puede reposar una copia que cumplirá la función de constancia y hecho cumplido.

Adicional a lo anterior, en el procedimiento R-TAHU-013 desvinculación de funcionarios, establecido por la Superintendencia, se señala que el funcionario que se desvinculará hace la entrega formal del cargo al jefe inmediato o a quien este designe y especifica que en el acta de entrega de cargo se debe detallar los archivos que se entregan, situación que se ratifica con lo dispuesto en el formato F-TAHU-010 Paz y salvo de desvinculación laboral, el cual debe ser firmado por el jefe inmediato del servidor público que se desvincula por concepto de entrega mediante inventario de expedientes a cargo.

Para el caso de los servidores públicos vinculados a la entidad por medio de contrato de prestación de servicios, se ha establecido el formato F-CONT-018 Paz y salvo por prestación de servicios personales que cumple con las mismas pautas expuestas anteriormente.

Por su parte, con ocasión de la Emergencia y con el fin de hacerlo funcional de aquí en adelante, cada dependencia debe contar con una carpeta electrónica en donde se conserven los soportes de la entrega de los inventarios, por lo cual allí debe reposar, tanto, el Formato Único de Inventario Documental – FUID en formato electrónico Excel como la copia digital del Formato Único de Inventario Documental – FUID firmada por quien elabora, entrega y recibe dicho inventario.

RESUMEN DE OBSERVACIONES

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fueron evidenciadas las siguientes observaciones las cuales requieren de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidad en la identificación de riesgos y el diseño de controles asociados al proceso de Gestión Jurídica	NO
2	Se evidenció el incumplimiento del término señalado en la ley 1755 de 2015, respecto de la respuesta de las consultas presentadas al área	NO

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA (Pueden incluir, antecedentes y resúmenes)

La Oficina de Control Interno realizó la verificación del registro de la información correspondiente a los procesos judiciales activos en el sistema E-kogui, observando que en cada uno de los procesos en cuestión, son registradas las etapas procesales con mayor relevancia, motivo por el cual no se generan observaciones.

Por otro lado, se realizó la evaluación de los trámites relacionados con la respuesta de las acciones de tutela presentadas ante la entidad, evidenciando la respuesta oportuna de cada requerimiento analizado de una muestra seleccionada; sin embargo, no fue posible observar en el sistema Esigna el soporte de respuesta de algunos de ellos, identificando en la base de datos de la Oficina Asesora Jurídica que son realizadas a través del correo electrónico institucional.

Adicionalmente, fue verificado el proceso relacionado con la asistencia jurídica y respuesta de solicitud de conceptos, para lo cual, se tomó una muestra evidenciando que algunas de las respuestas no fueron presentadas dentro de los términos señalados en la ley 1755 de 2015, incumpliendo las normas relacionadas con el derecho de petición.

Una vez verificados los argumentos por parte de la Oficina Asesora Jurídica, se pudo evidenciar que existen problemas con el sistema Esigna al momento de remitir las respuestas de las peticiones, adicionalmente, se identificó el reparto tardío de las mismas, lo que reduce el término para dar respuesta oportuna.

Por lo anterior, se recomienda establecer un punto de control en coordinación con la Secretaría General, la cual está a cargo de la actividad de correspondencia, que permita identificar la fecha de recepción de cada solicitud para efectos de gestionar su respuesta dentro de los términos legales.

Finalmente y teniendo en cuenta la labor que realiza la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas sobre la actualización de la matriz de riesgos del proceso, se realizó la verificación de la identificación de riesgos y formulación de controles que se encuentra vigente, presentando algunas recomendaciones a tener en cuenta en dicho trabajo de actualización. Esta observación se presenta para efectos que se establezca un plan de mejoramiento y que el mismo sea objeto de posterior seguimiento.

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020

Producto de esta evaluación realizada por la Oficina de Control Interno, se identificaron algunas debilidades que requieren de acciones de mejora medibles para efectos de subsanar la causa que generó las observaciones señaladas en el presente informe.

Finalmente, se solicita coordinar la elaboración de un plan de mejoramiento con el área auditada, en el formato “F-COIN-016 Seguimiento Cumplimiento Planes de mejoramiento” adjunto al presente informe, que permita subsanar las debilidades identificadas, el cual deberá ser presentado a la Oficina de Control Interno dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de remisión del presente informe.

(Original firmado)

MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Daniel Ricardo González Cuadros - Contratista

Proceso(s) relacionado(s): CONTROL INTERNO	Elaboró: Mabel Astrid Neira Yepes
	Revisó: Mabel Astrid Neira Yepes
	Aprobó:
	Fecha de creación: 23 de junio de 2020