

MEMORANDO
20231300027803

PARA: MARIA JOSE NAVARRO MUNOZ
Superintendente

DE: MABEL ASTRID NEIRA YEPES
Jefe de la Oficina de Control Interno

ASUNTO: Informe de Actividades Oficina de Control Interno – Mayo a Septiembre de 2023.

FECHA: Bogotá D.C., 20/10/2023

130 - 20231300027803

Página 1 de 104

De conformidad con lo establecido en el artículo 9° de la Ley 87 de 1993 le corresponde a la Oficina de Control Interno, asesorar a la dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos previstos, en desarrollo de tales funciones, el artículo 17 del Decreto 648 de 2017, identifica la evaluación y seguimiento, como uno de los principales tópicos que enmarcan el rol de las Oficinas de Control Interno.

De igual forma teniendo en cuenta que el artículo 6° del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad “Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos”, mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales.

Para realizar las evaluaciones correspondientes tuvimos acceso a la información que soporta nuestras verificaciones relacionadas en los puntos 1 al 3 del presente memorando, sin que se hubiera presentado evento alguno que afectara el resultado de nuestras conclusiones; en consecuencia, la Oficina de Control Interno, informa que durante el periodo indicado se realizaron las actividades que se encontraban contempladas dentro del Programa Anual de Auditoria para la vigencia mayo a septiembre de 2023.

1. Trabajos y auditorías realizadas – Mayo a septiembre de 2023.

1.1. Auditorías a procesos

- 1.2. Auditorías Especiales
 - 1.3. Informes de Ley
 - 1.4. Seguimientos oficina de control interno
 - 1.5. Otras Auditorías y Seguimientos
2. Seguimientos y verificación de los memorandos emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en el Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2015 a 2019 (Seguimiento al 19 de octubre de 2023).
 3. Seguimientos memorandos emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en el Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2022 y 2023, seguimiento y corte al 19 de octubre de 2023.
 4. Programa anual de auditoría - Vigencia 2023
1. **TRABAJOS Y AUDITORIAS REALIZADAS – Mayo a septiembre de 2023.**
- 1.1. **Auditorías a Procesos**
- 1.1.1 **Auditoría de Gestión Proceso Gestión del Conocimiento y la Innovación (GECI) – centro de Analítica; Memorando No. 20231300016393 del 31 de mayo de 2023, Respuesta mediante Memorando No. 20231000017643 del 07 de junio de 2023**

El alcance del Proceso de Gestión del Conocimiento y la Innovación (GECI) incluirá la gestión frente al riesgo GECI - 1 “Fuga de conocimiento clave de la entidad”; controles aplicados y su efectividad; Autodiagnóstico del proceso; Gestión Documental del proceso; Cumplimiento de Indicadores; Aplicación de Lineamientos del DAFP, correspondientes a la vigencia 2022, adicionalmente, el seguimiento a las acciones de mejora contenidas en planes de mejoramiento suscritos de vigencias anteriores (en caso de aplicar).

De igual manera se realizará auditoría Centro de Analítica: Backups y restauración de información, Planes de contingencia, administración de usuarios, administración

de base de datos, gestión de incidentes y/o fallos, de la vigencia 2022, incluyendo el seguimiento a las acciones de mejora contenidas en planes de mejoramientos suscritos de vigencias anteriores.

Observaciones

Durante el desarrollo de la actividad auditora, no se detectaron situaciones de incumplimiento respecto a la gestión del proceso “Gestión del Conocimiento y la Innovación”, y del proyecto “Centro de Analítica”, teniendo en cuenta los soportes evidenciados de ejecución de las actividades suscritas para evitar la materialización del riesgo asociado al proceso, como aquellas acciones implementadas para asegurar la continuidad de la operación llevada a cabo a través de la aplicación Centro de Analítica.

Conclusión

Al concluir la auditora, la Oficina de Control Interno se permite señalar que se viene realizado una correcta gestión frente al desarrollo del proceso “Gestión del Conocimiento y la Innovación”, y respecto al proyecto Centro de Analítica, en concordancia con la normatividad afín a los temas auditados y en atención a los soportes evidenciados. Sin embargo, se invita a adoptar aquellas oportunidades de mejora registradas en el informe, las cuales están enfocadas en fortalecer los controles y optimizar la ejecución de las actividades, implementando acciones apropiadas y efectivas para el mejoramiento continuo de la gestión de los procesos.

1.1.2 Auditoria de Calidad - Proceso de Gestión del Conocimiento y la Innovación – Centro de Analítica; Memorando No. 20231300016393 del 31 de mayo de 2023, Respuesta mediante Memorando No. 20231000017643 del 07 de junio de 2023

Verificación del cumplimiento de los requisitos durante la vigencia 2022 (1 de enero 2022 al 31 de diciembre de 2022).

No conformidades

Realizada la validación de la evidencia aportada por el proceso versus los criterios de auditoría, se detectaron las siguientes No conformidades:

- 1) No se pudo evidenciar el análisis y categorización de necesidades y expectativas y la definición de los criterios de priorización para la matriz de priorización de iniciativas según lo definido en las actividades 2, 3, 4 y 5 del numeral 6 Descripción del procedimiento del procedimiento PR-GECI-003 Identificación de necesidades de innovación y/o mejora continua.
- 2) No se pudo evidenciar el cumplimiento de las actividades definidas en el numeral 6 del procedimiento PR-GECI-004 Ejecución de procesos de innovación.

Oportunidades de Mejora

En la auditoría, se pudieron detectar aspectos susceptibles de mejora, los cuales se encuentran descritos en las siguientes oportunidades de mejora para ser atendidas por el proceso a discreción del líder del proceso:

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Actualizar la caracterización del proceso de acuerdo con las responsabilidades asignadas para la ejecución de las actividades del Hacer del proceso, adicionar las políticas del modelo integrado de planeación y gestión de acuerdo con cada dimensión aplicable al proceso, así como actualizar la información pertinente de acuerdo con la realidad actual del proceso.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Actualizar la matriz de requisitos legales en cuanto a incluir el proceso de Gestión del Conocimiento y la Innovación en la línea del requisito legal Decreto 1499 DE 2017, ya que éste hace parte del marco normativo de la política de gestión del conocimiento y la innovación según el Manual operativo del MIPG versión 5 y dicha política se encuentra incluida en la caracterización del proceso como objeto de cumplimiento, adicionalmente no se evidencio la identificación del Decreto 430 de 2016 como aplicable al proceso dentro de la matriz.

- 3) **Oportunidad de Mejora:** Revisar y actualizar el procedimiento PR-GECI001 Diagnostico del estado del conocimiento de la Entidad de tal manera que se contemple toda la información necesaria para la adecuada ejecución de las actividades del proceso y para dar cumplimiento a los lineamientos definidos en el procedimiento PR-GEDO-019 Administración de los documentos del Sistema Integrado de Gestión en su anexo 1.
- 4) **Oportunidad de Mejora:** Revisar y actualizar el procedimiento PR-GECI003 Identificación de necesidades de innovación y/o mejora continua de tal manera que se contemple toda la información necesaria para la adecuada ejecución de las actividades del proceso, de acuerdo con la realidad actual del proceso y para dar cumplimiento a los lineamientos definidos en el procedimiento PRGEDO-019 Administración de los documentos del Sistema Integrado de Gestión en su anexo 1.
- 5) **Oportunidad de Mejora:** Definir un formato/plantilla de informe de gestión del conocimiento a modo de guía, de tal forma que evite la omisión de información que el informe debe contener y para dar total cumplimiento al procedimiento PR-GECI-005 Evaluación de resultados, ya que la evidencia aportada no contiene lecciones aprendidas y oportunidades de mejora para el proceso.
- 6) **Oportunidad de Mejora:** Revisar y actualizar el procedimiento PR-GECI005 Evaluación de resultados de tal manera que se contemple toda la información necesaria para la adecuada ejecución de las actividades del proceso y para dar cumplimiento a los lineamientos definidos en el procedimiento PRGEDO-019 Administración de los documentos del Sistema Integrado de Gestión en su anexo 1.
- 7) **Oportunidad de Mejora:** Actualizar el indicador Cumplimiento del plan de acción del proceso en términos de definir una meta retadora para el proceso.
- 8) **Oportunidad de Mejora:** Revisar si el indicador cumplimiento del plan de acción del proceso tal como está definido, mide el plan de acción del proceso de acuerdo a como se encuentra nombrado o mide el cumplimiento de las acciones resultantes de la aplicación del FURAG como cierre de brechas de

acuerdo con lo observado con la evidencia que respalda la medición del indicador.

- 9) **Oportunidad de Mejora:** Es necesario que, una vez suscritos los planes de mejoramiento, el proceso gestione las acciones necesarias para garantizar la mejora continua del proceso y del sistema de gestión.

Conclusiones

Realizada la auditoria al proceso de Gestión del Conocimiento y la Innovación, en la siguiente tabla se resume la cantidad de hallazgos detectados:

Tipo de hallazgo	Cantidad	Componente
No conformidad	2	Innovación
Oportunidad de mejora	9	Conocimiento

Adicionalmente, se identifica como fortaleza, la disposición del equipo de trabajo para llevar a niveles superiores el estado actual del proceso, entendiéndose lo anterior como la necesidad de actualizar y mejorar la documentación en pro de alcanzar el estado ideal con respecto a los requisitos de las normas técnicas y la dimensión de Gestión del conocimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

De otro lado, es necesario mejorar el engranaje de las actividades que el proceso desarrolla en términos de conocimiento y en términos de innovación para evidenciar que el proceso se gestiona como uno solo.

Se ponen en conocimiento oportunidades de mejora quedando a disposición del líder de proceso su adopción para el mejoramiento continuo del proceso.

1.1.3 Auditoría de Gestión Proceso Planificación Estratégica (PLES) Memorando No. No. 20231300020323 del 30 de junio de 2023, No requiere Respuesta.

La auditoría se realizará sobre lo establecido en la caracterización del proceso de planeación y específicamente se revisará:

- Diseño y actualización de la planeación estratégica.
- Seguimiento a la planeación estratégica.
- Así mismo, la auditoría se realizará mediante el 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 planeación.

Oportunidad de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Se observó que el plan de continuidad ya se encuentra elaborado, sin embargo, se encuentra pendiente de revisión y aprobación. Por lo anterior, la OCI recomienda que no se prorrogue de nuevo y se dé cumplimiento a la acción establecida desde la vigencia 2015.

Conclusión

Finalmente, se concluye que el proceso de planificación estratégica, presenta una oportunidad de mejora, la cual no requiere plan de mejoramiento, pero sí de debido cuidado ya que tienen que ver con un hallazgo de la contraloría general de la república.

1.1.4 Auditoria de Calidad - Proceso de Planificación Estratégica, Memorando No. 20231300020323 del 30 de junio de 2023. Respuesta mediante correo el 12 de julio de 2023.

Verificar el cumplimiento de los requisitos durante la vigencia 2022 (1 de enero 2022 al 31 de diciembre de 2022).

No conformidades

- 1) No se pudo observar la aplicación de la documentación de gestión de proyectos-PMO a pesar de que ésta hace parte de la caracterización del proceso CA-PLES-001. Revisión 2 del 12 de enero de 2023 en la sección de formatos, lo anterior incumpliendo el numeral 7.5.1 literal b de ISO 9001:2015

Oportunidades de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Revisar que, para los objetivos del sistema de gestión, se aplique la totalidad del numeral 6.2 tanto de ISO 9001. 2015 como de ISO 14001:2015.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Actualizar la planificación del sistema integrado de gestión de cara a la actualización del marco estratégico de la Entidad, así como la totalidad de documentación que como efecto de la actualización de la estrategia deba ser revisada y actualizada.
- 3) **Oportunidad de Mejora:** Consolidar la planificación de actividades del proceso para cada vigencia en un solo registro o archivo, de tal forma que se pueda visualizar y realizar seguimiento a la totalidad de actividades a ejecutar en un periodo de tiempo. (Para la auditoria el proceso presentó la planificación de actividades de los componentes del "Hacer" en distintos archivos de acuerdo con las necesidades de cada responsable del equipo de trabajo).
- 4) **Oportunidad de Mejora:** Actualizar el procedimiento Implementación de lineamientos establecidos para la gestión de riesgos institucionales PR-PLES-005, con respecto al registro de información que se debe realizar en el aplicativo Isolución según lo definido en la actividad 4 del numeral 6 del documento, adicionalmente, revisar la concordancia entre los nombres de los formatos mencionados en el procedimiento versus los registros que se usan para evidenciar la ejecución de las actividades.
- 5) **Oportunidad de Mejora:** Garantizar que el reporte de indicadores se realice de acuerdo con la periodicidad definida, de tal forma que los resultados permitan apoyar la toma de decisiones oportuna y la mejora continua del

Sistema Integrado de Gestión. Se evidenciaron reportes a destiempo para los indicadores de Cumplimiento del plan estratégico y Cumplimiento e integración del plan de acción a anual.

- <https://isolucion.supersolidaria.gov.co/Isolucion//Medicion/frmIndicadore sBase. aspx?Ind=961>
- <https://isolucion.supersolidaria.gov.co/Isolucion//Medicion/frmIndicadore sBase. aspx?Ind=986>

- 6) **Oportunidad de Mejora:** Revisar la posibilidad de reformular el indicador de Cobertura de proyectos de inversión ya que los datos permiten evidenciar una tendencia constante en su resultado porque la meta se cumple de manera recurrente y esto podría indicar que la medición ya llego a su máximo de gestión. Identificar qué otras variables asociadas a los proyectos de inversión podrían requerir control.

Conclusiones

Realizada la auditoria al proceso de Planificación Estratégica, en la siguiente tabla se resume la cantidad de hallazgos detectados:

Tipo de hallazgo	Cantidad
No conformidades	1
Oportunidades de mejora	6

Para los componentes del “Hacer”, Gestión de trámites y Rendición de cuentas, los responsables del proceso de las mencionadas actividades, en común acuerdo con la Jefe de la Oficina de Control, acordaron validar el cumplimiento de los requisitos durante la auditoria al Proceso de Gestión de Grupos de Interés programada para el mes de octubre del presente año, cabe anotar que dicha evaluación se realizará en el marco de esa auditoria, independientemente de que el control y gestión de esas actividades, se encuentren en la nueva versión de la caracterización del proceso GEGI.

Se identifican como fortalezas del proceso:

- El trabajo realizado para la gestión de riesgos, donde se pudo observar control y actualización constante de los lineamientos internos y la adopción permanente de los lineamientos externos para dicha gestión.
- La consecución de la gran cantidad de actividades para la construcción del nuevo marco estratégico de la Entidad, así como la organización y el control de la totalidad de la evidencia que respalda el trabajo realizado, lo que permitió evaluar fácilmente el cumplimiento de los requisitos.
- Para el componente MIPG, se pudo observar compromiso de parte del equipo de trabajo al ejecutar constantemente los seguimientos y reportes necesarios para mantener y mejorar el cumplimiento de la Entidad con respecto los lineamientos del modelo.

Se ponen en conocimiento las oportunidades de mejora quedando a disposición del líder de proceso su adopción para el mejoramiento continuo del proceso.

De otra parte, en el desarrollo de la auditoria al proceso, se obtuvo información relacionada con la actualización que se adelanta con respecto a la Gestión de trámites y Rendición de cuentas en relación a su traslado del Proceso Planificación Estratégica al proceso de Gestión de Grupos de Interés, para lo anterior, es importante que se tenga en cuenta que la ISO 9001:2015 en su numeral 6.3 Planificación de los cambios, brinda pautas para que la organización considere el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales, la integridad del Sistema de Gestión, la disponibilidad de recursos y la asignación y/o reasignación de responsabilidades, todo lo anterior debería hacerse de manera planificada de acuerdo con el requisito mencionado.

1.1.5 Auditoria Proceso Gestión de Tecnologías de la Información TI (GETI) Memorando No. 20231300024163 del 18 de agosto de 2023, Respuesta mediante correo del 29 de agosto de 2023.

a la normatividad técnica aplicable a la entidad, con el fin de establecer controles efectivos y oportunos que faciliten asegurar su cumplimiento.








- 2) **Observación:** Elaboración de inventarios documentales del archivo de gestión.

Condición

El proceso Gestión de Servicios de TI - GSTI, liderado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, no cuenta con inventarios documentales de su archivo de gestión.

Recomendación

Solicitar asistencia técnica al Grupo de Gestión Documental y Administrativa para conocer el procedimiento PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias en lo concerniente a la elaboración de los inventarios documentales de archivos de gestión, poniendo especial énfasis en las series y subseries que aplica para los procesos auditados y que están contenidas en la TRD:

-  Autorizaciones de retiro de equipos.
-  Backups.
-  Conceptos técnicos de tecnología.
-  Desarrollo de software.
-  Inventarios de software y hardware.
-  Programa de mantenimiento tecnológico.
-  Programas de mantenimiento preventivo de equipos.

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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidades en la ejecución de las acciones de control que fueron establecidas para mitigar la materialización de los riesgos del proceso.	NO
2	Elaboración de inventarios documentales del archivo de gestión.	SI

Conclusión

Al finalizar la realización de la actividad auditora, es posible señalar que la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, de manera general desarrolla una buena administración frente al proceso Gestión de Tecnologías de la Información - GETI, sin embargo fueron evidenciadas falencias en la ejecución de acciones de control asociadas a los riesgos determinados para el proceso, lo cual podría llegar a ocasionar su materialización, impactando sobre el normal desarrollo de los procesos y funciones de la entidad. Igualmente, se determinaron debilidades asociadas a la gestión documental del proceso, razón por la cual se estimula a que se establezcan puntos de control para subsanar las observaciones señaladas, que contribuyan a garantizar un uso eficiente y efectivo de las tecnologías para apoyar la misión de la entidad y la generación de valor público.

1.1.6 Auditoria de Calidad - Gestión de Tecnologías de la Información (GETI) - Memorando No. 20231300025113 del 07 de septiembre de 2023, No requiere respuesta.

Verificar el cumplimiento de los requisitos durante la vigencia 2022 (1 de enero 2022 al 31 de diciembre de 2022).

No conformidad

- 1) No se presentan No conformidades.



Oportunidades de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Es de suma importancia garantizar la actualización de la caracterización en concordancia a los riesgos establecidos en el mapa de riesgos de gestión, dado que se encontró diferencia entre los riesgos de la caracterización y los riesgos del mapa.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Con el ánimo que se logre dar cumplimiento a los lineamientos definidos por el proceso es necesario que se revise y actualice el procedimiento Análisis de soluciones TI (PR-GETI-001) para garantizar que sea acorde a la real ejecución de las actividades, ya que se menciona que él se debe presentar el informe de soluciones de TI ante el Comité Ejecutivo de Arquitectura Empresarial quien posterior aprobara la implementación de los proyectos y a la fecha no se cuenta con el registro de estas actividades.
- 3) **Oportunidad de Mejora:** Es importante realizar seguimiento a la gestión de las acciones registradas, con el fin de garantizar la ejecución de las actividades y el cierre oportuno de las acciones, dado que se cuenta con una acción abierta# 553 del 04 de octubre 2022 (MIPG- FURAG – PREGUNTA FURAG 2021 #138) por un periodo de más de 10 meses y no se observa registro de avances o solicitud de ampliación si fuese necesario.
- 4) **Oportunidad de Mejora:** Es necesario establecer acciones correctivas para la gestión de los indicadores que cuyo resultado no den cumplimiento a la meta establecida por el proceso, como es el caso del indicador Ejecución del PETI (Principal) con meta de cumplimiento del 100, cuyo resultado de medición del 30 de junio 2022 fue de 44,166667 estando por debajo del límite inferior.

Conclusiones

Realizada la auditoria al proceso de Gestión de Tecnologías de la Información - GETI, en la siguiente tabla se resume la cantidad de hallazgos detectados:

Tipo de hallazgo	Cantidad
No conformidades	0

archivos de acuerdo a los parámetros dictados por Gestión documental bajo lineamientos edocs para la Delegatura financiera.

- 3) **Oportunidad de Mejora:** La Oficina de Control interno constata una oportunidad de mejora, para la delegatura financiera, en cuanto a la organización y cargue de la evidencia en tanto que la acción de control indica que será citación o acta de reunión de entendimiento o grabación o correo electrónico remitido al grupo de visitas; así mismo sugiere la revisión y análisis de las evidencias (reporte de planeación de visitas) y escoger la de mayor usabilidad y completitud para la siguiente vigencia.
- 4) **Oportunidad de Mejora:** La oficina de control interno genera una oportunidad de mejora en cuanto a la comunicación con el área responsable de la actividad 39.1 (comunicaciones), ya que tienen a su cargo esa actividad a realizar en la matriz de riesgos de corrupción, para que realicen en los tiempos establecidos las actividades programadas con sus respectivas evidencias.

Conclusiones

La Oficina de Control interno reconoce la importancia de la aplicación de normas, parámetros y políticas del Modelo integrado de Planeación y Gestión, así como de la aplicación del modelo de gestión basado en riesgos, por lo tanto, de las estrategias para su cumplimiento en el proceso SUPE cuya integración a la entidad es relativamente nuevo en su implementación por lo que con esta auditoria se busca que los funcionarios vayan detectando debilidades, afianzando conocimientos y ejecutando mejoras.

1.1.8 Auditoría Gestión de Tecnologías de la Información TI (GSTI) - Memorando No. 20231300024773 del 31 de agosto de 2023, Respuesta mediante correo del 06 de septiembre de 2023.

Se verificará el Proceso Gestión de Servicios de TI - GSTI, Riesgos del proceso (GSTI 2 - Inaccessibilidad a los servicios de TI, GSTI 3 – Pérdida de información digital de la Entidad), controles y salidas del proceso, Inventario de infraestructura tecnológica - Catálogo de componentes de infraestructura, Seguimiento a Planes de Mejoramiento, Gestión Documental, Aplicación de Lineamientos del DAFP,



Indicadores del proceso, para lo correspondiente a la vigencia 2022 (1 de enero 2022 al 31 de diciembre de 2022).

Observaciones

- 1) **Observación:** Debilidades en la ejecución de las acciones de control que fueron establecidas para mitigar la materialización de los riesgos del proceso.

Condición

La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas informó la no realización de la actividad de control C-116, asociada al riesgo GSTI 2 - Inaccesibilidad a los servicios de TI, al señalar que se presentaron inconvenientes con el estudio de mercado, lo cual afectaba los tiempos contractuales del proceso de adquisición del Micro Data center, por lo cual se desistió de su ejecución.

Recomendación

Tener presente que la acción de control se encuentra programada para realizarse durante el año en curso, por lo cual se recomienda fortalecer la planeación y priorizar el desarrollo de las actividades vinculadas, con el fin de que al final de la vigencia se pueda asegurar su cumplimiento dentro de los plazos suscritos, el cargue de las correspondientes evidencias que permitan la evaluación de la eficacia de las acciones de control desarrolladas, repercutiendo en el desempeño del proceso y la mitigación de los riesgos afines a su gestión.

- 2) **Observación:** Debilidades en la gestión de los Acuerdos de Servicio - ANS.

Condición

Cómo bien lo manifestó la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, durante la vigencia 2022 no se realizaron evaluaciones de niveles de servicio con el contratista del aplicativo Isolución.

Es relevante indicar que el marco de trabajo para el Gobierno y Gestión de las Tecnologías de la Información TI, COBIT 5, señala en su proceso AP009 Gestionar los acuerdos de servicio, alinear los servicios basados en TI y los niveles de servicio, con las necesidades y expectativas de la organización, incluyendo identificación, especificación, diseño, publicación, acuerdo y supervisión de los servicios de TI, niveles de servicio e indicadores de rendimiento, con el fin de minimizar los riesgos mediante la administración adecuada de la seguridad.

De igual forma el estándar internacional ISO 27001, dentro de sus controles de seguridad incluye que se deben gestionar las relaciones con los proveedores y las acciones necesarias a la hora de realizar contratos y seguimiento al cumplimiento de las obligaciones pactadas.

Recomendación

La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas indicó que para la vigencia 2023 se está realizando seguimiento y análisis bimensuales de los ANS con el contratista de Isolución, por lo cual se invita a que se suscriba esta acción de mejora, junto con los puntos de control adicionales que se consideren, lo cual permita asegurar que los servicios de TI y los niveles de servicio cubran las necesidades de la entidad en el presente y en el futuro.








- 3) **Observación:** Elaboración de inventarios documentales del archivo de gestión.

Condición

El proceso Gestión de Servicios de TI - GSTI, liderado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, no cuenta con inventarios documentales de su archivo de gestión.

Recomendación

Solicitar asistencia técnica al Grupo de Gestión Documental y Administrativa para conocer el procedimiento PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias en lo concerniente a la elaboración de los inventarios documentales de archivos de gestión, poniendo especial énfasis en las series y subseries que aplica para los procesos auditados y que están contenidas en la TRD:

-  Autorizaciones de retiro de equipos.
-  Backups.
-  Conceptos técnicos de tecnología.
-  Desarrollo de software.
-  Inventarios de software y hardware.
-  Programa de mantenimiento tecnológico.
-  Programas de mantenimiento preventivo de equipos.

Resumen 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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Debilidades en la ejecución de las acciones de control que fueron establecidas para mitigar la materialización de los riesgos del proceso.	No
2	Debilidades en la gestión de los Acuerdos de Servicio.	No
3	Elaboración de inventarios documentales del archivo de gestión.	Si

Conclusiones

Durante el desarrollo de la actividad auditora se evidenció una buena administración de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas frente al proceso Gestión de



La validez de este documento puede verificarse en: <https://sedeelectronica.supersolidaria.gov.co/SedeElectronica>

Servicios de TI - GSTI, sin embargo, se identificaron algunas debilidades en su gestión, razón por la cual se recomienda atender las observaciones y oportunidades de mejora plasmadas en el informe e implementar acciones de mejora orientadas en el mejoramiento continuo del proceso y la consecución de sus objetivos.

1.1.9 Auditoria de Calidad Gestión de Tecnologías de la Información TI (GSTI) - Memorando No. 20231300025033 del 07 de septiembre de 2023, No requiere respuesta.

Verificar el Cumplimiento de los requisitos durante la vigencia 2022 (1 de enero 2022 al 31 de diciembre de 2022).

No Conformidades

- 1) No se presentan No conformidades

Oportunidades de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Es necesario validar los documentos de procesos, esto con el fin de garantizar que el control documental (versiones y fechas) sea ajustadas conforme a las actualizaciones realizadas, ya que durante la revisión del instructivo de reporte del formulario oficial de rendición de cuentas SIC SES (IN-GSTI-003) y el procedimiento gestionar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los servicios TI (PR-GESTI-001) se observa que la fecha de actualización no es acorde con la registrada en el respectivo control de cambio de los documentos.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Es necesario establecer acciones correctivas para la gestión de los indicadores que cuyo resultado no den cumplimiento a la meta establecida por el proceso, ya que se evidencia que los indicadores de Avance en la mejora de los (3) sistemas en la SES (principal) y Avance en la documentación técnica y funcional de 3 sistemas de información (secundario) en sus mediciones de junio y julio se obtiene un resultado inferior a la meta establecida.

Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG en su versión 5 de marzo de 2023 (no se observaron identificados los decretos 2897 de 2011, Decreto 1595 de 2015, Decreto 1365 de 2013, entre otros).

- 3) **Oportunidad de Mejora:** Revisar y ajustar la codificación de los formatos establecidos para el proceso, lo anterior en virtud que existen formatos con códigos básicamente iguales, lo que podría ocasionar confusión al momento de utilizar dichos documentos. (FT-GEJU-005 Matriz de respuesta a comentarios y observaciones del público, F-GEJU-005. Decisiones adoptadas en el Comité de Conciliación, FT-GEJU-007 Ficha de conciliación extrajudicial, F-GEJU-007 Seguimiento acciones de tutela, FT-GEJU-008 Actualización proceso judicial, F-GEJU-008 Entrega actos administrativos para notificación).
- 4) **Oportunidad de Mejora:** Con el ánimo de disminuir actividades administrativas relacionadas con el reporte de indicadores, revisar la pertinencia de construir un único indicador que mida la ejecución de las actividades de capacitación relacionadas con el cumplimiento de la Política de daño antijurídico o en su defecto, que estas actividades de capacitación, sean incluidas en el Plan Institucional de Capacitación que gestiona el Proceso de Gestión Integral de Talento Humano y medir su cumplimiento por medio del indicador que se tiene destino para ello.

Conclusiones

Realizada la auditoria al proceso de Gestión Jurídica, en la siguiente tabla se resume la cantidad de hallazgos detectados:

Tipo de hallazgo	Cantidad
Oportunidad de mejora	4

Adicionalmente, se identifica como fortaleza, la disposición del equipo de trabajo para organizar las actividades del proceso, la organización de las evidencias presentadas y el conocimiento de las actividades que se desarrollan diariamente, lo anterior permite evidenciar que el proceso se encuentra en condiciones de control.

Se ponen en conocimiento las oportunidades de mejora quedando a disposición del líder de proceso su adopción para el mejoramiento continuo del proceso.

1.1.11 Auditoria de Calidad - Gestión de Contratación (GECO), Memorando No. 20231300015263 del 24 de mayo de 2023. No requiere Respuestar.

Verificar el Cumplimiento de los requisitos durante la vigencia 2022 (1 de enero 2022 al 31 de diciembre de 2022).

Oportunidad de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Revisar duplicidad de requisitos identificados para el proceso en la matriz de requisitos legales.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Revisar la pertinencia de enlazar la caracterización del proceso con los repositorios de conocimiento existentes.
- 3) **Oportunidad de Mejora:** Asegurar que los links de acceso a los documentos relacionados en la caracterización (CA-GECO-001, revisión 2, del 28/mar/2023), permitan su visualización, ya que no es posible validar las plantillas: “Formatos externos”, “Publicación Portal Único de Contratación” y “Designación comité evaluador”.
- 4) **Oportunidad de Mejora:** Revisar la pertinencia de incluir en la etapa precontractual del hacer (ciclo PHVA) del proceso la elaboración del clausulado del contrato ya que hace parte integral del contrato.
- 5) **Oportunidad de Mejora:** Revisar la pertinencia de incluir en el informe de gestión anual, información relacionada con la gestión y los resultados alcanzados en las etapas contractual y pos-contractual así como la necesidad de acciones de mejora y la Transferencia de conocimiento con relación a lecciones aprendidas que se hayan podido presentar durante la vigencia.
- 6) **Oportunidad de Mejora:** Revisar la viabilidad de ajustar el nombre del indicador, ya que el termino cobertura, hace referencia al grado en que se

alcanza a cubrir una población y el indicador esta formulado como un índice de eficacia en el cumplimiento de unas actividades planificadas.

- 7) **Oportunidad de Mejora:** Es necesario que una vez ocurra una conformidad, el proceso reaccione gestionando las acciones correctivas para garantizar la mejora continua del proceso y del sistema de gestión.

No Conformidades Transversales

- 1) No se pudo evidenciar la adecuada comunicación de la Política de calidad y ambiental del sistema integrado de gestión de acuerdo con lo dispuesto en los numerales 5.2.2 literal b. de ISO 9001:2015 y 5.2. de ISO 14001:2015.
- 2) No se pudo evidenciar la identificación de oportunidades y la determinación de acciones para abordarlas, según lo definido en la norma ISO 9001:2015 numeral 6.1.

Oportunidades De Mejora Transversales

- 1) **Oportunidad de mejora transversal:** Es importante mejorar el conocimiento al interior de los procesos con respecto a los objetivos de calidad y ambiental y cómo definió la organización la planificación de acciones para su cumplimiento.
- 2) **Oportunidad de mejora transversal:** Fortalecer los conocimientos en relación con la adecuada apertura de acciones correctivas o preventivas según la naturaleza del incumplimiento o incumplimiento potencial para garantizar la mejora del proceso y del sistema de gestión.

Conclusiones

Realizada la auditoria al proceso de Gestión de Contratación, se identifica como fortaleza, el compromiso del Coordinador del grupo de contratos y su colaboradora a fin de mantener adecuadamente las actividades propias de la gestión diaria, así mismo, se destaca el amplio conocimiento de los requisitos legales aplicables al proceso para no incurrir en incumplimientos de esta índole.

Se ponen en conocimiento oportunidades de mejora quedando a disposición del líder de proceso su adopción para el mejoramiento continuo del proceso.

1.1.12 Gestión Integral de Talento Humano (GITH) – Memorando No. 20231300022533 del 28 de julio de 2023. Aún no han dado Respuesta por parte de Secretaria General.

Verificar el cumplimiento de:

1. Circular Externa No. 10 de 2020: Avances a la fecha
 - Procesos de selección de personal
 - Proceso de evaluación de desempeño laboral
 - Procesos de provisión transitoria
 - Inscripción, actualización y cancelación del Registro Público de Carrera
 - Administrativa.
 - Conformación de las Comisiones de Personal.
2. Ejecución de controles diseñados en la matriz de riesgos del proceso (Vigencia 2022)
3. Aplicación del autodiagnóstico del proceso de Gestión Integral de Talento Humano (Vigencia 2022)
4. Aplicación de los lineamientos del Sistema de Control Interno asociados al proceso de Gestión Integral de Talento Humano (A la fecha)
5. Cumplimiento de los requisitos de las normas técnicas adoptadas por el Sistema Integrado de Gestión de la Entidad y los atributos de calidad del MIPG durante la vigencia 2022 (1 de enero 2022 al 31 de diciembre de 2022)
6. Aplicación de directrices en el proceso en materia de Gestión Documental.

Observaciones

- 1) **Observación:** Se evidenció el incumplimiento en el diligenciamiento del formato “FT-GITH-058 Modificación del manual de funciones y competencias laborales”, relacionados con la modificación efectuada a través de la resolución No. 2022410004035 del 18 de julio de 2022.

Condición

De acuerdo a lo manifestado por parte del Grupo de Talento Humano, el formato quedó activo el 08 de agosto de 2022 de acuerdo a lo señalado en el correo electrónico dirigido al personal del Grupo, donde se solicita realizar la revisión de la documentación y caracterización del proceso; sin embargo, de acuerdo al historial de cambios del mismo, el formato fue adoptado e incluido en el proceso el 02 de mayo de 2022, motivo por el cual debió ser diligenciado para tal efecto.

Recomendación

Aplicar las mejoras y actualizaciones implementadas en el proceso, diligenciando la totalidad de formatos que sean aplicables a cada procedimiento, en este caso, el formato FT-GITH-058 “Modificación del manual de funciones y competencias laborales.”

- 2) **Observación:** Evaluaciones de Desempeño Laboral por periodo semestral por fuera del término establecido en la resolución 2019410000815 de 2019.

Condición

De acuerdo a los soportes remitidos por parte del Grupo de Talento Humano, 3 de las evaluaciones por periodo semestral fueron realizadas posterior al mes señalado en el artículo 2 de la resolución 2019410000815 de 2019.

Recomendación

Generar alertas a los evaluadores para efectos de recordar los términos para la realización de las Evaluaciones de Desempeño Laboral.

- 3) **Observación 3:** Se evidenció debilidad en la generación de evidencias de los riesgos GITH-2 y GITH-4, de conformidad al diseño de controles de la matriz de riesgos del proceso.

Condición

De acuerdo a la verificación efectuada a los soportes de los controles diseñados, se pudo evidenciar que no se generan las evidencias tal y como se señalan en la formulación de la matriz de riesgos del proceso.

Recomendación

Analizar la reformulación del diseño de los controles asociados a los riesgos del proceso o en su defecto, procurar generar los soportes y evidencias señaladas en la matriz de riesgo

Resumen 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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Se evidenció el incumplimiento en el diligenciamiento del formato “FT-GITH-058 Modificación del manual de funciones y competencias laborales”, relacionados con la modificación efectuada a través de la resolución No. 2022410004035 del 18 de julio de 2022.	NO
2	Evaluaciones de Desempeño Laboral por periodo semestral por fuera del término establecido en la resolución 2019410000815 de 2019	SI



La validez de este documento puede verificarse en: <https://sedeelectronica.supersolidaria.gov.co/SedeElectronica>

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
3	Se evidenció debilidad en la generación de evidencias de los riesgos GITH-2 y GITH-4, de conformidad al diseño de controles de la matriz de riesgos del proceso	NO

Oportunidad de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Se recomienda continuar en la ejecución de actividades y coordinación con la Alta Dirección para efectos de lograr el cumplimiento del 100% de los requisitos establecidos en la herramienta de “autodiagnóstico de gestión estratégica de talento humano” del Departamento Administrativo de la Función Pública, en procura de la mejora continua de los procesos.

Conclusiones

Efectuada la evaluación por parte de la Oficina de Control Interno, se evidenció el cumplimiento generalizado de los requisitos normativos relacionados con los procesos de selección de personal, procesos de provisión transitoria, inscripción y actualización del Registro Público de Carrera Administrativa y conformación de las comisiones de personal.

Adicionalmente, se efectuó la revisión de la aplicación del autodiagnóstico del proceso de Gestión Integral de Talento Humano, lineamientos del Sistema de Control Interno asociados al proceso y aplicación de directrices en el proceso en materia de Gestión Documental.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidenciaron algunas debilidades que deben tratadas por parte del líder del proceso para subsanar y corregir la causa raíz que generó las observaciones, las cuales están relacionadas con la generación de evidencias producto de la ejecución de los controles diseñados en la matriz de riesgos de gestión del proceso, el incumplimiento de los términos definidos por la entidad para la evaluación del desempeño de los funcionarios de la entidad y diligenciamiento de los formatos adoptados en el proceso, específicamente en la modificación del Manual de Funciones de la Superintendencia.



1.1.13 Auditoria de Calidad - Proceso Gestión Integral de Talento Humano Memorando No. 20231300022533 del 28 de julio de 2023. Aún no han dado Respuesta por parte de Secretaria General.

Verificación del Cumplimiento de los requisitos durante la vigencia 2022 (1 de enero 2022 al 31 de diciembre de 2022).

No Conformidades

- 1) No se pudo observar que el proceso realice las correcciones y tome las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada al evidenciar que las acciones correctivas 312 y 317 registradas en ISOLución se encuentran abiertas desde abril de 2022, lo anterior incumpliendo el numeral 9.2.2 literal "e" de ISO 9001:2015.

Oportunidades de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Revisar la coherencia entre los riesgos registrados en la caracterización del proceso de Gestión Integral de Talento Humano CA-GITH-001 Revisión 2 del 28 de abril de 2023 y los riesgos registrados en el mapa de riesgos institucionales, se encontró diferencia en la cantidad de riesgos y el riesgo GITH3 es diferente en los dos documentos citados para el periodo evaluado – vigencia 2022.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Revisar que los documentos definidos para la operación del proceso cumplan con las disposiciones definidas en el PR-GEDO-019 Administración de los documentos del Sistema Integrado de Gestión. (Se valida el procedimiento PR-GITH-010 Selección y vinculación de personal, se observa que, de acuerdo con lo definido, el documento no contiene la totalidad de la estructura definida al omitir los numerales 4 y 5, generalidades y políticas de operación respectivamente.)
- 3) **Oportunidad de Mejora:** Revisar la posibilidad de diseñar un modelo de informe de ejecución y evaluación del Plan de Seguridad y salud en el trabajo en el cual se puedan evidenciar no solamente los resultados del porcentaje de

cumplimiento del número de actividades programadas Vs. las actividades ejecutadas, si no que permita incluir información concerniente a lecciones aprendidas, decisiones sobre qué hacer con respecto a las actividades no ejecutadas y cuales acciones de mejora se puedan adoptar para la vigencia posterior.

- 4) **Oportunidad de Mejora:** Incluir en el informe de Rendición de cuentas del SG-SST, el resultado del desempeño para todos los colaboradores a los que se les haya delegado responsabilidades con el SG-SST de acuerdo con lo solicitado en el DUR 1072 del 2015 artículo 2.2.4.6.8 numeral 3.
- 5) **Oportunidad de Mejora:** Garantizar que los soportes que respaldan la medición del indicador sean cargados en la plataforma para dar cumplimiento a los requisitos que la organización determinó para la medición de los procesos. (la medición vigencia 2022 del indicador Cumplimiento a la Política gestión estratégica de Talento Humano no tiene evidencia que soporta la medición).
- 6) **Oportunidad de Mejora:** Revisar por qué la plataforma destinada para gestionar las acciones correctivas permite el cierre global de la acción correctiva sin cerrar previamente las actividades definidas tanto en la corrección como en el plan de mejoramiento (acción correctiva #321).
- 7) **Oportunidad de Mejora:** Es necesario reglamentar actividades de seguimiento a los planes de mejora emprendidos por el proceso a fin de garantizar el cumplimiento de los plazos definidos. (Se tiene el plan #563 suscrito en ISolución desde octubre 2022 con fecha de cierre proyectada nov-2023, pero a la fecha, no se evidencia avance en su gestión).

Conclusiones

Realizada la auditoria al proceso de Gestión Integral de Talento Humano, y después de retroalimentar al proceso y de definir los hallazgos definitivos, en la siguiente tabla se resume la cantidad de hallazgos detectados:

Tipo de hallazgo	Cantidad
No conformidades	1
Oportunidades de mejora	7

Se identifican como fortalezas del proceso:

- ✚ La organización y completitud de las historias laborales de los colaboradores.
- ✚ La suficiencia en la evidencia que respalda el cumplimiento de las actividades programadas en el plan institucional de capacitación.
- ✚ El compromiso con respecto al bienestar de los colaboradores al abordar diferentes temáticas con la participación activa del psicólogo de la Entidad.

Se ponen en conocimiento las oportunidades de mejora quedando a disposición del líder de proceso su adopción para el mejoramiento continuo del proceso.

1.1.14 Gestión de Recursos Financieros (GREF) Memorando No. 20231300011683 del 31 de mayo de 2023. No requiere Respuesta (memorando informativo)

Adelantar auditoría a la gestión del proceso de Gestión de Recursos Financieros, para el periodo comprendido entre el 1 de enero 31 de diciembre de 2023, fecha de finalización de esta auditoría.

El análisis de la información se efectuó mediante prueba selectiva y/o muestreo sobre las actividades desarrolladas. Para su análisis y evaluación se aplicaron el Modelo Integrado de Planeación y Gestión- MIPG, Versión 3, de 2019, la Guía de Auditoría para Entidades Públicas, Versión 3, de mayo de 2018, expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública. No fue necesario, incorporar hechos adicionales a la auditoría.

Oportunidades de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** La Oficina de Control Interno evidencia una oportunidad de mejora en cuanto a que en el proceso de Gestión de Recursos Financieros se debe revisar las evidencias establecidas a los controles, a fin de que se cumpla con los criterios establecidos en las acciones y se soporte adecuadamente, toda vez que en algunos controles no se cuenta con la evidencia o la misma no corresponde a la señalada.

Conclusiones

Se concluyó respecto a lo anterior, es importante mencionar que se presenta debilidades en cuanto al registro de información en los seguimientos al mapa de riesgos.

1.1.15 Auditoria de Calidad - Proceso de Gestión de Recursos Financieros Radicado No. 20231300016293 del 31 de mayo de 2023, No requiere Respuesta (memorando informativo)

Verificar el Cumplimiento de los requisitos durante la vigencia 2022 (1 de enero 2022 al 31 de diciembre de 2022).

Oportunidad de Mejora

La auditoría arrojó como resultado las dos (2) siguientes oportunidades de mejora para ser atendidas por el proceso a discreción del líder del proceso:

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Actualizar la matriz de requisitos legales en cuanto a incluir el proceso Gestión de Recursos Financieros en la línea del requisito legal Decreto 111 de 1996, ya que este requisito hace parte del marco normativo de la política de gestión presupuestal y eficiencia del gasto público según el Manual operativo del MIPG versión 5 y dicha política se encuentra incluida en la caracterización del proceso como objeto de cumplimiento.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Garantizar que los soportes que respaldan la medición de los indicadores de gestión del proceso sean cargados en la

plataforma ISolución para dar cumplimiento a los requisitos que la organización determinó para la medición de los procesos.

Conclusiones

Realizada la auditoria al proceso de Gestión de Recursos Financieros, se identifica como fortaleza, el emprendimiento de actividades encaminadas al mejoramiento del proceso y la simplificación de actividades diarias, especialmente con el método diseñado para la radicación de cuentas de cobro de los contratistas de la Entidad, lo que como resultado ha generado la disminución de reprocesos en la revisión de estas y reducción en los tiempos de pago a proveedores y contratistas.

1.1.16 Auditoria Tasa de Contribución, Memorando No. 20231300015673 del 25 de mayo de 2023, No requiere Respuesta (memorando informativo).

Comprobación del Cobro de la Tasa de Contribución de la vigencia 2023, a través del aplicativo desarrollado e implementado para efectuar dicha gestión, los controles establecidos y su efectividad.

Oportunidad de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Estimar la opción de actualizar el documento PO-GREF-001 POLÍTICA Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL CÁLCULO DE LA TASA DE CRECIMIENTO DE ACTIVOS DEL SECTOR Y LIQUIDACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN, en atención a los cambios normativos, a que el documento contiene algunos aspectos que antes de dar claridad, generan algunas inquietudes en el entendimiento de las fórmulas establecidas para liquidar la tasa de contribución; adicionalmente, en virtual a la implementación de la nueva herramienta tecnológica desarrollada en la entidad, la cual permite generar el cálculo de la tasa de contribución de forma automática.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Se sugiere ajustar la parametrización del aplicativo desarrollado para el cobro de la tasa de contribución, para que los porcentajes utilizados durante el cálculo de la tasa de contribución sean exactamente iguales a los definidos en la circular externa publicada anualmente para

liquidar la tasa de contribución, con la finalidad que el resultado del valor a cobrar sea exacto.

- 3) **Oportunidad de Mejora:** Teniendo presente que la información recolectada a través de Confecámaras es de vital importancia para generar el cálculo de la liquidación de la tasa de contribución, se invita a fortalecer la integración que se realiza con la base de datos del RUES, con el fin de contar con información íntegra y confiable para efectuar la liquidación.
- 4) **Oportunidad de Mejora:** Se reitera la sugerencia del informe anterior, en el sentido que todas las listas desplegables presentes en el aplicativo, como es el caso de las vigencias a consultar, se muestren organizadas de mayor a menor, para una mejor visualización al usuario final.
- 5) **Oportunidad de Mejora:** Se reitera la sugerencia del informe anterior, con el fin que se realicen las actualizaciones que se requieran sobre el mapa de riesgos del proceso Gestión de Recursos Financieros – GREF, sus controles, acciones de control, responsables, fechas de ejecución, entre otros aspectos, en atención a la implementación de la liquidación de la Tasa de Contribución de forma automática, a través del aplicativo.
- 6) **Oportunidad de Mejora:** Se sugiere que por un tiempo determinado se mantenga la realización de la liquidación de la tasa de contribución a través del archivo en Excel que es administrado y gestionado por el Grupo de Gestión y Recaudo, hasta que se tenga la completa certeza de la estabilidad y seguridad del aplicativo, además de asegurar un plan de contingencia para efectuar el cobro de la tasa de contribución.
- 7) **Oportunidad de Mejora:** Se recomienda ajustar los reportes que se generan del sistema, permitiendo visualizar e identificar con facilidad los casos de las entidades que reportan vigencias anteriores y dar una mayor claridad al usuario final.

Observaciones

- 1) **Observación:** En la ejecución de la actividad de verificación, y en atención a la muestra seleccionada para comprobar las políticas definidas para efectuar la liquidación de la tasa de contribución, la cual fue indicada en el contenido del informe, no se evidenciaron situaciones de incumplimientos o de fallos en el cálculo para el cobro de la liquidación.

Resumen de Observaciones

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, no se determinaron situaciones u observaciones que ameriten la suscripción de un plan de mejoramiento.

Conclusiones

Al concluir la actividad auditora, la Oficina de Control Interno se permite señalar que se ha realizado una buena gestión respecto al aplicativo desarrollado para liquidar de forma automática la tasa de contribución, frente a los diversos escenarios definidos en la Política y lineamientos técnicos para el cálculo de la tasa de crecimiento de activos del sector y liquidación de la contribución, teniendo en cuenta la muestra seleccionada durante la realización de esta actividad, la normatividad conexas al tema y los soportes evidenciados.

Sin embargo, se registran unas oportunidades de mejora que se relacionan con sus respectivas recomendaciones, las cuales se sugiere tener en cuenta, toda vez que apuntan al mejoramiento continuo del aplicativo y a la gestión para el cobro de la tasa de contribución.

1.1.17 Auditoria de Calidad - Gestión Administrativa (GEAD) - Memorando No. 20231300022653 del 31 de julio de 2023, Respuesta mediante correo del 8 de agosto de 2023.

Verificar el Cumplimiento de los requisitos durante la vigencia 2022 (1 de enero 2022 al 31 de diciembre de 2022).

No Conformidades

- 1) No se evidencia que el cronograma de mantenimiento preventivo definido para la vigencia 2022 y presentado como evidencia para la auditoría, cumpla con las disposiciones del procedimiento PR-GEAD-004 Mantenimiento Preventivo y Correctivo numeral 6.1, actividad 1 y con el numeral 7.1.3 de ISO 9001:2015.
- 2) No se evidencia en ISOLución la medición del indicador de "Cumplimiento al cronograma de Mantenimiento Preventivo de Instalaciones" para la totalidad de la vigencia 2022, incumpliendo con lo definido en ISO 9001:2015 numeral 9.1.3.

Oportunidad de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Actualizar los procedimientos PR-GEAD-004 Mantenimiento preventivo y correctivo y PR-GEAD-001 Inspecciones planeadas porque contienen información obsoleta en términos de la antigua sede de la Entidad.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Realizar actividades de socialización y sensibilización con el equipo de trabajo del proceso a fin de fortalecer el uso, conocimiento y aplicabilidad de la documentación definida por el proceso. (Como evidencia para la auditoría se recibe PIGA versión diciembre 2022 y en el aplicativo ISOLución la versión de febrero 2023 es la oficialmente cargada, se observó que no se utiliza el formato FT-GEAD-004 Inspección de equipos para dar cumplimiento al procedimiento PR-GEAD-001 Inspecciones Planeadas).
- 3) **Oportunidad de Mejora:** Revisar y actualizar la caracterización del proceso de tal manera que ésta evidencie las salidas/productos que efectivamente genera el proceso; al solicitar la evidencia Programa de gestión administrativa para el desarrollo de la auditoría, la evidencia aportada no concuerda con lo definido como salida del planear de la caracterización. Adicionalmente, es pertinente planificar la totalidad de actividades que el proceso gestiona a fin de mejorar el control y con base en los resultados, mejorar el desempeño del proceso.

- 4) **Oportunidad de Mejora:** Revisar la pertinencia de fortalecer la estructura del informe de mantenimiento preventivo de tal forma que se puedan presentar los resultados a manera de informe ejecutivo y no un registro fotográfico consolidado de actividades.
- 5) **Oportunidad de Mejora:** Revisar que el aplicativo ISOLución permita visualizar la versión vigente de la matriz de aspectos e impactos ambientales.
- 6) **Oportunidad de Mejora:** Revisar la coherencia entre la información de la ficha técnica del indicador vigente del aplicativo ISOLución versus la ficha técnica en Excel que se encuentra como anexo en el indicador Consumo de agua percapita (Unidad de medida). Revisar el nombre del indicador, ya que el termino percapita generalmente se utiliza para indicar la media por persona en una estadística y lo que se puede observar en la ficha técnica es que el propósito del indicador es medir el volumen de agua consumida en general.
- 7) **Oportunidad de Mejora:** Es necesario generar acciones correctivas para la gestión de los indicadores que cuyo resultado arrojan el incumplimiento de la meta establecida por el proceso.
- 8) **Oportunidad de Mejora:** Revisar la pertinencia de que cuando se realicen actualizaciones a los indicadores de proceso, se inactive la construcción actual del indicador y se creen nuevos indicadores en el aplicativo, de tal manera que los datos históricos no sean recalculados por la herramienta y se pueda mantener la trazabilidad de los datos.
- 9) **Oportunidad de Mejora:** Es necesario revisar la parametrización en el aplicativo ISOLución de los indicadores de Cumplimiento del Programa de Ahorro y uso Eficiente de la Energía, Cumplimiento del Programa de Ahorro y uso Eficiente del Agua y Cumplimiento del Programa de Gestión Integral de Residuos de tal forma que permita visualizar el cumplimiento de manera acumulada, teniendo en cuenta el propósito definido para la medición de dichos indicadores.

- 10) **Oportunidad de Mejora:** Garantizar que los soportes que respaldan la medición del indicador sean cargados en la plataforma para dar cumplimiento a los requisitos que la organización determinó para la medición de los procesos.
- 11) **Oportunidad de Mejora:** Es importante realizar la medición de los procesos en la periodicidad definida por la organización, para garantizar la toma de decisiones oportuna en pro de la mejora continua del sistema de gestión (Mediciones a destiempo realizadas para el indicador de mantenimiento correctivos realizados a las instalaciones).
- 12) **Oportunidad de Mejora:** Es necesario que una vez suscritos los planes de mejoramiento o se haya dado apertura a una acción correctiva, el proceso gestione las acciones necesarias para garantizar la mejora continua del proceso y del sistema de gestión. (Acción correctiva No. 219 sin gestionar desde el 9-dic-2022).

Conclusiones

Realizada la auditoria al proceso de Gestión Administrativa, en la siguiente tabla se resume la cantidad de hallazgos detectados:

Tipo de hallazgo	Cantidad
No conformidades	2
Oportunidades de mejora	12

Se identifican como fortalezas del proceso la ejecución de las actividades de tipo operativo para el mantenimiento del Sistema de gestión Ambiental, la definición, control y seguimiento que se realiza a los Programas Ambientales definidos para mitigar los impactos ambientales identificados en la Matriz de aspectos e impactos ambientales y el amplio conocimiento de la profesional a cargo de gestionar y liderar el Sistema de Gestión Ambiental de la Entidad.

Es necesario mencionar, que el equipo de trabajo que gestiona las actividades del proceso asociadas con el mantenimiento de la infraestructura, los inventarios y el

suministro de los bienes muebles e inmuebles, debe fortalecer su conocimiento con respecto a los sistemas de gestión, gestión por procesos, construcción y manejo de indicadores de gestión, emprendimiento, seguimiento y cierre de acciones de mejora para que de esta manera, se mejore la toma de conciencia y el desempeño del proceso de cara a la mejora continua del sistema de gestión como un todo.

Se ponen en conocimiento las oportunidades de mejora quedando a disposición del líder de proceso su adopción para el mejoramiento continuo del proceso.

1.1.18 Evaluación de Sistemas de Gestión (EVGS), Memorando No. 20231300024053 del 29 de septiembre de 2023, Sin respuesta a la fecha.

La auditoría se realizará a las actividades ejecutadas entre los meses de enero a julio del año en curso.

Observaciones

1) Observación 1: Incumplimiento Plan de Mejoramiento

Condición

De acuerdo al seguimiento realizado a fecha del seguimiento, se evidenció que la acción se encuentra vencida, toda vez que no se recibió soportes de la ejecución de la misma.

Recomendación

Dar cumplimiento a lo establecido en los planes de mejoramiento y evaluar si es necesario reformular las acciones suscritas.

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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Incumplimiento Plan de Mejoramiento	NO

Conclusiones

Finalmente, dentro de la evaluación al proceso, se identificaron observaciones que generan riesgo para el cumplimiento de los objetivos de la entidad.

1.1.19 Auditoria de Calidad - Evaluación de Sistemas de Gestión (EVGS), Memorando No. 20231300026493 del 29 de septiembre de 2023, Respuesta mediante correo del 19 de octubre de 2023.

Verificar el Cumplimiento de los requisitos durante la vigencia 2022 (1 de enero 2022 al 31 de diciembre de 2022).

No Conformidades

- 1) La entidad no garantiza el cumplimiento a los requisitos del numeral 9.3 de la norma ISO 9001 :2015 e ISO 14001:2015.
- 2) No se garantiza la implementación de acciones necesarias y el cierre oportuno de las acciones registradas.

Oportunidades de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Es apropiado validar la aplicabilidad de los literales a c, d, f, e, i del numeral 5.1.1, numeral 5.1.2 y los literales a y c del numeral 5.2.2 al proceso como requisito de verificación en relación al objetivo del proceso.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Con el fin de garantizar que la política de calidad sea comunicada, entendida y aplicada dentro de la organización, se hace necesario incluir en las caracterizaciones de los procesos la verificación del literal b del numeral 5.2.2 de la norma ISO 9001:2015 e ISO 14001:2015 de manera transversal.



- 3) **Oportunidad de Mejora:** Es necesario validar la metodología usada en el año 2023 para la ejecución de la auditoría en la verificación de evidencias y cumplimiento del desempeño del sistema de gestión en el año 2022 dado que es indispensable dar claridad frente a cuáles formatos y procedimiento seguir para la auditoría interna, teniendo presente los formatos del proceso control interno y el proceso de evaluación de sistema de gestión.

Conclusiones

Realizada la auditoría al proceso de Proceso evaluación sistemas de gestión (EVSG) en la siguiente tabla se resume la cantidad de hallazgos detectados:

Tipo de hallazgo	Cantidad
No conformidades	2
Oportunidades de mejora	3

Durante la verificación de registros emitidos por el proceso se evidencia que es necesario que se establezcan e implementen acciones frente a las no conformidades detectadas en la auditoría para la mejora continua del sistema de gestión de la entidad.

Se ponen en conocimiento las oportunidades de mejora quedando a disposición del líder de proceso su adopción teniendo presente que su implementación fortalecería y blindaría a la Superintendencia en la generación de futuros hallazgos.

1.2 Auditorías Especiales

1.2.1 Auditoría Aplicativo SICSES, Memorando No. 20231300020193 del 29 de junio de 2023, Respuesta mediante Memorando No. 20231000020963 del 06 de julio de 2023.

Verificación de Backups y restauración de información, Planes de contingencia implementados, administración de usuarios, administración de base de datos,

gestión de incidentes y/o fallos, seguimiento a planes de mejoramiento suscritos con anterioridad.

Observaciones

- 1) **Observación:** Incumplimiento al numeral 9. Políticas, de la POLÍTICA DE BACKUP Y RESTAURACIÓN - PO-GETI-001.

Condición

La Política de Backup y Restauración de la entidad, formalizada el 6 de diciembre de 2021 en el Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, señala en su numeral 9. Política, literal h: “Se llevará un registro de las pruebas de restauración de los backup en el formato FT-GSTI-002 Restauración de información, con la finalidad de constatar que se pueden recuperar correctamente al momento de ser necesarios”.

Aunado a lo anterior, fue posible evidenciar que las pruebas de restauración de backups vienen siendo ejecutadas, pero las mismas se están registrando sobre un formato desactualizado, como lo es el documento “f-gein-018 registro de restauraciones de backups de bases de datos”, el cual estaba asociado al proceso GEIN – Gestión de Infraestructura, el cual no hace parte de los procesos vigentes en la entidad.

Recomendación

Revisar la política de Backup y Restauración junto a sus lineamientos, y sobre todo acatar la directriz relacionada con el registro de las pruebas de restauración de los backup en el formato FT-GSTI-002 Restauración de información, con el propósito de disponer de este insumo vital para el escenario de requerir recuperar la información gestionada en SICSES.

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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Incumplimiento al numeral 9. Políticas, de la POLÍTICA DE BACKUP Y RESTAURACIÓN - PO-GETI-001.	No

Conclusiones

En atención a la pasada actividad auditora ejecutada por la Oficina de Control Interno, y de acuerdo con el alcance establecido para la misma, de forma general se ha podido evidenciar una adecuada labor respecto a la gestión sobre el SICSES, toda vez que se han implementado acciones de control en procura de asegurar la continuidad de la operación desarrollada a través del aplicativo y encaminadas en la seguridad de la información producida a partir de su operación, al igual que el cumplimiento de la normatividad asociada.

Sin embargo, aún se evidencian algunos aspectos que se deben fortalecer, razón por la cual se sugiere tener en cuenta las observaciones y oportunidades de mejora registradas como producto de la evaluación, teniendo presente que las mismas están orientadas al mejoramiento continuo de la gestión adelantada y al cumplimiento a cabalidad de los requerimientos normativos aplicables a la operación del SICSES.

1.2.2 Auditoria Aplicativo Esigna, Memorando No. 20231300025893 del 21 de septiembre de 2023. Respuesta mediante correo del 06 de octubre de 2023.

Backups y restauración de información, Planes de contingencia implementados, administración de usuarios, administración de base de datos, gestión de incidentes y/o fallos, validación del cumplimiento de los Acuerdos de Niveles de Servicio - ANS, seguimiento a planes de mejoramiento suscritos con anterioridad (en caso de aplicar), para lo correspondiente a la vigencia 2022 y lo corrido de la actual.



Observaciones

- 1) **Observación:** Posible riesgo de errores en la radicación de documentos que requieren respuesta.

Condición

Ha sido evidente que la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas ha realizado gestiones con el proveedor del aplicativo eSigna, procurando dar solución a la situación identificada en la auditoría de la vigencia 2022, sin embargo, no se ha logrado a la fecha ejecutar la acción para mitigar el riesgo de error, el cual está presente al momento de seleccionar la dependencia destino durante la radicación de memorandos que requieren respuesta, razón por la cual se reitera la observación.

Recomendación

Se invita a la aplicación de acciones efectivas que faciliten la realización de este ajuste sobre el campo “Dependencia Interesada”.

- 2) **Observación:** Esigna no cumple en su totalidad con la normativa en materia del componente técnico - archivístico.

Condición

A pesar de que se ha evidenciado la gestión de acciones entre la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas junto al Grupo de Gestión Documental, no se ha logrado que el aplicativo eSigna de un total cumplimiento a los lineamientos normativos en materia de gestión documental.

Recomendación

Se impulsa a que se dé continuidad en la realización de las acciones de mejora vinculadas al plan de mejoramiento suscrito en el año 2022, con el fin de lograr

un debido cumplimiento de los lineamientos normativos en materia de Gestión Documental.

- 3) **Observación:** Debilidades en el reporte de PQRS que es generado a través de eSigna.

Condición

El reporte “PQRS por tipo”, que es exportado de eSigna, no contiene una columna que permita filtrar las PQRS de acuerdo con su tipo, lo cual no facilita disponer de la información de forma instantánea.

Recomendación

Se sugiere incluir en el reporte “PQRS por tipo”, una columna a partir de la cual se puedan filtrar los registros contenidos en el mismo a través de las opciones: Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Denuncias y Felicitaciones.

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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Posible riesgo de errores en la radicación de documentos que requieren respuesta.	Si
2	Esigna no cumple en su totalidad con la normativa en materia del componente técnico - archivístico.	Si
3	Debilidades en el reporte de PQRS que es generado a través de eSigna.	No



Conclusiones

Al concluir la pasada actividad auditora, la Oficina de Control Interno reconoce una buena gestión de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas como administradora del sistema de Gestión Documental eSigna, sin embargo, han sido identificadas algunas debilidades que persisten en el aplicativo y que requieren ser enmendadas para lograr el fortalecimiento y mejoramiento del proceso de Gestión Documental de la entidad, en atención a las necesidades específicas del proceso y a los lineamientos normativos asociados a su gestión, por lo cual se invita a tener en cuenta las recomendaciones y oportunidades de mejora señaladas en el informe, con la finalidad de propiciar la mejora continua del sistema y por ende del proceso.

1.2.3 Seguimiento Proyecto de Rediseño de Página WEB Supersolidaria - Accesibilidad web, conforme a la norma técnica NTC 5854 y Resolución 1519 de 2020 y sus anexos. Memorando No. 20231300019943 del 27 de junio de 2023, Respuesta mediante Memorando No. 20231000020883 del 05 de julio 2023.

Verificación sobre la ejecución del proyecto de rediseño de la página web, accesibilidad web conforme a la norma técnica NTC 5854 y Resolución 1519 de 2020 y sus anexos, verificación a la gestión de las redes sociales, Seguimiento a Planes de mejoramiento suscritos.

Observaciones

- 1) **Observación:** No se cumple en su totalidad con los lineamientos del Anexo 2

Condición

El numeral 2.3 Requisitos mínimos de políticas y cumplimiento legal, señala que “los sujetos obligados deberán publicar en el pie de página o Footer, los documentos aprobados que hagan referencia a las siguientes políticas: Términos y condiciones, Política de privacidad y tratamiento de datos personales, Política de derechos de autor y/o autorización de uso sobre los

contenidos, a lo cual no se le da aplicación en la nueva página web de la entidad.

Así mismo, el numeral 2.4.1 Criterios generales de publicación de información pública, indica que “Todo documento o información debe indicar la fecha de su publicación en página web”, sin embargo, no todos los documentos publicados cumplen con este criterio, como sucede por ejemplo con documentos publicados en los siguientes enlaces:

 <https://www.supersolidaria.gov.co/index.php/es/content/normativa>

 <https://www.supersolidaria.gov.co/es/content/registro-de-activos-de-informacion-e-indice-de-informacion-clasificada-y-reservada>

Recomendación

Realizar los ajustes que correspondan en el pie de página o Footer de la página web de la entidad, para dar cumplimiento a este requerimiento del anexo 2 de la resolución 1519 de 2020.

- 2) **Observación:** Ausencia de procedimientos documentados y formalizados en el Sistema de Gestión de Calidad, donde se definan los lineamientos para la gestión de las publicaciones en la página web y en las redes sociales de la entidad.

Condición

Se solicitó a la Oficina de Comunicaciones la remisión de los procedimientos utilizados para gestionar las publicaciones en la página web de la entidad y en las redes sociales, sin embargo, no se evidenció documentación de este tipo.

Recomendación

Documentar y formalizar a través del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, un procedimiento que delimite los pasos y responsables de la gestión de las publicaciones

en la página web y redes sociales de la Supersolidaria, el cual esté alineado con el Esquema de Publicación de Información, con el formato de Control de Cambios de Página Web y demás formatos asociados, con el objetivo que se disponga de un insumo que oriente a los responsables de la gestión del proceso y a todas sus partes relacionadas. Así mismo, realizar las correspondientes estrategias de socialización, con el fin que estas directrices sean conocidas por todas las partes de la organización.

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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	No se cumple en su totalidad con los lineamientos del Anexo 2.	No
2	Ausencia de procedimientos documentados y formalizados en el Sistema de Gestión de Calidad, donde se definan los lineamientos para la gestión de las publicaciones en la página web y en las redes sociales de la entidad.	No

Oportunidades de Mejora (Relacionada con la evaluación realizada)

- 1) Actualizar el documento PO-GEGI-002 Política de comunicaciones por cuanto aún hace referencia al Marco Estratégico 2019-2022.
- 2) Actualizar el documento FT-GEGI-014 Esquema de Publicación de Información para lo correspondiente a la vigencia 2023 y realizar su publicación en la página web de la entidad.
- 3) Realizar y programar periódicamente pruebas de restauración de las copias de seguridad realizadas a la página web de la entidad, con el propósito de comprobar su exitosa ejecución y asegurar la integridad y disponibilidad de la información.



- 4) Formalizar y socializar a través del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, los formatos dispuestos por la Oficina de Comunicaciones para llevar el control de las publicaciones en las redes sociales de la entidad.
- 5) Gestionar la actualización y publicación del Registro de Activos de Información e Índice de Información Clasificada y Reservada de la entidad.

Conclusiones

De acuerdo con la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se ha comprobado una buena gestión respecto al proyecto de Rediseño de la Página Web de la Supersolidaria y frente a las labores de supervisión, así como a la gestión relacionada con las redes sociales de la entidad, por cuanto se han implementado controles para asegurar un oportuno y efectivo desarrollo, con lo cual de manera general se viene dando cumplimiento a la normatividad ligada a la materia.

Sin embargo, aún se evidencian algunos aspectos que se deben fortalecer, razón por la cual se sugiere tener en cuenta las observaciones y oportunidades de mejora registradas como producto de la evaluación, dado que están orientadas al mejoramiento continuo de la gestión adelantada y al cumplimiento a cabalidad de los requerimientos normativos aplicables a la entidad.

1.2.4 Auditoria Aplicativo Isolución, Memorando No. 20231300026153 del 25 de septiembre de 2023. Respuesta mediante correo del 04 de octubre de 2023.

Se verificaron los Backups y restauración de información, Planes de contingencia implementados, administración de usuarios, administración de base de datos, gestión de incidentes y/o fallos, validación del cumplimiento de los Acuerdos de Niveles de Servicio - ANS, seguimiento a planes de mejoramiento suscritos con anterioridad (en caso de aplicar), para lo correspondiente a la vigencia 2022 y lo corrido de la actual.

Observaciones

- 1) **Observación 1:** No se dispone de un documento de Plan de Contingencia y Recuperación de la plataforma Isolución.

Condición

El objetivo de este documento es el de contemplar cómo abordar cualquier inconveniente que pueda estar relacionado con las operaciones realizadas por los usuarios a partir de los servicios provistos a la entidad a través del aplicativo Isolución, reflejado desde la prevención de pérdida de información, hasta los procedimientos de restauración de los servicios, para poder continuar trabajando en caso de una emergencia en la que no fueran accesibles dichos servicios.

Recomendación

Se exhorta a ejecutar las acciones que correspondan para garantizar que la entidad pueda contar con este insumo, debidamente documentado, probado y socializado, el cual permita superar cualquier inconveniente asociado a la continuidad y restauración del servicio y a la seguridad de la información del sistema.

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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	No se dispone de un documento de Plan de Contingencia y Recuperación de la plataforma Isolución.	No

Oportunidades de Mejora - (Relacionada con la evaluación realizada)



- 1) Se recomienda comprobar las causas que originan errores durante el proceso de Backups a la información de Isolución y aplicar los correctivos correspondientes, con el fin objetivo de asegurar que el proceso se efectúe de acuerdo con lo programado y de forma efectiva.
- 2) Mantener una apropiada programación y frecuente realización de las actividades de restauración de los Backups de Isolución, asegurando que las copias de seguridad de la información del aplicativo se hayan realizado correctamente, que la información esté íntegra y disponible para cuando se requiera.
- 3) Respecto al reporte “Resumen de casos Inactivación de usuarios”, se recomienda implementar una columna que permita filtrar a través de la categoría seleccionada por el usuario al momento de la radicación del ticket, facilitando identificar los usuarios inactivados por cada aplicativo.
- 4) Se sugiere efectuar la respectiva actualización del archivo de gestión Soporte Funcional Isolución (Tickets 2021-2022-2023), ya que como anteriormente se indicó, existen casos que ya tienen fecha de cierre, pero dentro del documento permanece en estado abierto. Igualmente se recomienda estimar la necesidad de formalizar y oficializar en el sistema de gestión de calidad de la entidad, estos documentos utilizados para gestionar la administración de Isolución.
- 5) Se recomienda mantener y ejecutar un programa anual de capacitaciones en el aplicativo Isolución, enfocado a los funcionarios de las diversas áreas de la entidad que tienen alguna interacción con el sistema.

Conclusiones

Al finalizar la actividad auditora, la Oficina de Control Interno determina y reconoce una buena gestión de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas como administradora de Isolución, plataforma tecnológica dispuesta como Sistema de Gestión de Calidad de la Supersolidaria, sin embargo, se identifican algunas situaciones que requieren de la implementación de acciones de mejora, con el objetivo de alcanzar el fortalecimiento y mejoramiento del proceso adelantado a través del aplicativo, por lo cual se invita a tener en cuenta las recomendaciones y

específicamente el cálculo a partir de la fecha de expedición de los actos administrativos de pliego de cargos y resolución sancionatoria.

Resumen de Observaciones

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fue evidenciada la siguiente observación la cual requiere de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Se evidenció el incumplimiento del término señalado en el artículo 68 de la ley 1437 de 2011, sobre la remisión de la citación para la notificación personal de actos administrativos.	NO

Conclusiones

De conformidad a la evaluación efectuada por parte de la Oficina de Control Interno al procedimiento administrativo sancionatorio a cargo de la Delegatura para la Supervisión del Ahorro y la Forma Asociativa Solidaria durante la vigencia 2022, se pudo evidenciar de manera general el cumplimiento de la norma, guías y demás directrices establecidas por la Superintendencia.

Los expedientes son organizados de manera física aplicando las políticas de gestión documental, en cuanto a su organización, foliación y archivo en carpetas garantizando la unidad del expediente.

Se realizó la evaluación de la ejecución de los controles diseñados en la vigencia 2023, evidenciando que se realizaron los reportes a la Oficina de Planeación y Sistemas en lo corrido de la vigencia 2022, observando de igual forma, la ejecución de los mismos de acuerdo a lo señalado en la matriz de riesgo vigente en el año 2022.

Por otro lado, se generó la observación No. 1 relacionada con la debilidad en la aplicación del término para realizar la citación a los involucrados para efectos de

notificar personalmente los actos administrativos de pliego de cargos y resolución sancionatoria por lo que es necesario aplicar los controles efectivos a que haya lugar para que esta situación no se vuelva a presentar.

Adicionalmente, esta Oficina realizó el análisis respecto de la aplicación de las mejoras implementadas relacionadas con la debilidad de vigencias anteriores sobre la caducidad de la facultad sancionatoria, para lo cual, se evidenció la actualización de la guía para la dosificación de la sanción, aclarando que para efectos de iniciar el proceso sancionatorio, se tiene en cuenta la conducta del infractor en la omisión o remisión extemporánea de reportes financieros en cada periodo requeridos por la Superintendencia y no el hecho generador de manera individual para contabilizar el término señalado en la norma.

1.2.6 Segundo seguimiento “Plan de Formalización del Empleo Público en Equidad - 2023” Memorando No. 20231300019933 del 27 de junio de 2023, No requiere Respuesta.

El alcance previsto para esta actividad conlleva la verificación de la gestión por parte de la entidad, de las acciones tendientes a dar aplicación a los lineamientos establecidos en materia de formalización laboral expedidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a partir del 01 de marzo de 2023 y hasta la fecha de elaboración del informe.

Recomendaciones

- 1) Se reitera la importancia en generar las acciones pertinentes para efectos de proveer los cargos de las plantas de personal existentes y en vacancia.
- 2) Solicitar el acompañamiento y asesoría del Departamento Administrativo de la Función Pública para efectos de llevar a buen término el proceso de formalización laboral.
- 3) Generar las evidencias suficientes y conducentes que certifiquen la ejecución de acciones tendientes a dar cumplimiento de las directrices establecidas.

Esta Oficina realizará seguimientos periódicos sobre el avance de actividades relacionadas, por lo que se recomienda prever la organización de la información para que la misma sea suministrada de manera oportuna en futuras oportunidades.

1.2.7 Tercer seguimiento “Plan de Formalización del Empleo Público en Equidad - 2023” Memorando No. 20231300026113 del 24 de septiembre de 2023, No requiere Respuesta.


El alcance previsto para esta actividad conlleva la verificación de la gestión por parte de la entidad, de las acciones tendientes a dar aplicación a los lineamientos establecidos en materia de formalización laboral expedidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública a partir del 01 de julio de 2023 y hasta la fecha de elaboración del informe.

Recomendaciones

- 1) Se reitera la importancia en generar las acciones pertinentes para efectos de proveer los cargos de las plantas de personal existentes y en vacancia.
- 2) Se recomienda realizar mesas de trabajo con la nueva administración para efectos de coordinar las directrices y actividades a ejecutar dejando las evidencias suficientes.
- 3) Se recomienda realizar el diligenciamiento de la encuesta sobre el progreso alcanzado en la implementación del plan de acción para lograr la formalización laboral, establecido por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Esta Oficina realizará seguimientos periódicos sobre el avance de actividades relacionadas, por lo que se recomienda prever la organización de la información para que la misma sea suministrada de manera oportuna en futuras oportunidades.

1.3 Informes de Ley

 República de Colombia Ministerio de Hacienda y Crédito Público Supersolidaria Superintendencia de la Economía Solidaria								EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS			
				FECHA EMISIÓN		31/08/2023					
				Página		1 de 1					
PERÍODO DE VIGENCIA	DÍA	MES	AÑO	al	DÍA	MES	AÑO				
	1	1	2023		30	6	2023				
Resultados de la evaluación por áreas o dependencias											
Nº	ÁREA O DEPENDENCIA.	AVANCE PLAN ACCIÓN ANUAL - PAA (%)		OBSERVACIONES							
1	DESPACHO SUPERINTENDENTE	31,2%		Una vez realizada la evaluación de desempeño por parte de la Oficina de Control Interno sobre los compromisos del Despacho del Superintendente, y teniendo en cuenta el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, se observa que se presenta un porcentaje de avance en el Plan de Acción Anual - PAA del 31,2% al 30 de junio de 2023. Es importante resaltar que el Plan de Acción Anual - PAA de 2023, sobre el cual se realizó la evaluación de gestión por dependencias de la Superintendencia de la Economía Solidaria, fue aprobado mediante Resolución 2023120002585 de 3 de mayo de 2023 Una vez que sobre el Plan de Acción Anual - PAA, la Oficina de Control realice el seguimiento programado con corte al 30 de junio vigencia del 2023, de conformidad con lo establecido en el Programa Anual de Auditoría de la vigencia del 2023, el informe de verificación de avance y cargue de documentos por parte de los funcionarios designados por los líderes, a través del módulo de planeación estratégica de ISolución y/o strategic plan, será socializado con la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y publicado en la página web de la entidad.							
2	DELEGATURA PARA LA SUPERVISIÓN DE LA ACTIVIDAD FINANCIERA DEL COOPERATIVISMO	42,2%		Una vez realizada la evaluación de desempeño por parte de la Oficina de Control Interno sobre los compromisos de la Delegatura para la Supervisión de la Actividad Financiera del Cooperativismo, y teniendo en cuenta el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, se observa que se presenta un porcentaje de avance en el Plan de Acción Anual - PAA del 42,2% al 30 de junio de 2023. Es importante resaltar que el Plan de Acción Anual - PAA de 2023, sobre el cual se realizó la evaluación de gestión por dependencias de la Superintendencia de la Economía Solidaria, fue aprobado mediante Resolución 2023120002585 de 3 de mayo de 2023. Una vez que sobre el Plan de Acción Anual - PAA, la Oficina de Control realice el seguimiento programado con corte al 30 de junio vigencia del 2023, de conformidad con lo establecido en el Programa Anual de Auditoría de la vigencia del 2023, el informe de verificación de avance y cargue de documentos por parte de los funcionarios designados por los líderes, a través del módulo de planeación estratégica de ISolución y/o strategic plan, será socializado con la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y publicado en la página web de la entidad.							

Resultados de la evaluación por áreas o dependencias

Observaciones generales:

Teniendo en cuenta los porcentajes de avance, anteriormente señalados, es importante que los procesos que presentan baja ejecución en las actividades, evalúen las causas a fin de tomar las acciones correctivas y preventivas en cada uno de los casos.

De acuerdo con lo anterior, es clave que se esté realizando un permanente y adecuado monitoreo y control al plan de acción establecido por cada una de las dependencias, de forma tal que:

- Se asegure la coherencia y efectividad de todas las actividades
- Facilite la adecuada asignación de los recursos
- Se anticipe a posibles errores y desviaciones y se permita responder de manera anticipada y contundente
- Se Gestionen los distintos impactos en el plan de acción (reputacionales, normativos, en las operaciones, entre otros)

- De igual forma, tal como se ha manifestado en informes anteriores por parte de esta oficina, en cuanto al seguimiento realizado sobre el cumplimiento del PAA y aun cuando las Dependencias y o áreas responsables de las actividades programadas, a nivel general realizaron y adelantaron un porcentaje importante de las actividades establecidas para el mejoramiento de la gestión y por ende el logro de los objetivos misionales, se recuerda que tal como se realizó este año por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas es preciso que las metas propuestas sean oportunas y adecuadamente planeadas desde el inicio del año de forma tal que se dé cumplimiento a las mismas y en caso de ajustes o modificaciones, estos sean incluidos y claramente establecidos en las Actas de Comité Directivo, informando de manera explícita el porqué de los ajustes, reiterándose que los mismos deberán ser aprobados, socializados y publicados.

- Como se observó en el presente informe, se presenta incumplimiento en la ejecución programada de cuarenta y cuatro (44) actividades programadas, por lo que esta oficina considera la materialización del riesgo PLES-2 Ineficiente formulación de los planes, programas y proyectos institucionales y se debe implementar acciones correctivas y preventivas, a fin de subsanar y evitar que se presente de nuevo el incumplimiento del PAA.

- Es importante resaltar que el Plan de Acción Anual de la Vigencia 2023 fue aprobado el tres (3) de mayo de 2023 mediante la Resolución 2023120002585.

- Por último y de conformidad con lo establecido en la normatividad relacionada, se recuerda que esta información deberá tomarse como uno de los criterios en la concertación de los compromisos del siguiente periodo de evaluación así insumo para la formulación de los acuerdos de gestión.

1.3.2 Informe sobre mecanismos de Participación Ciudadana y Atención de PQRS por parte de la Superintendencia - I Semestre 2023, Memorando No. 20231300016083 del 31 de julio de 2023. Respuesta mediante Memorando No. 20234000023133 de 3 de agosto de 2023.

Se revisa el proceso y procedimiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias y Denuncias - PQRSD, presentadas y atendidas en la Superintendencia de la Economía Solidaria por el período comprendido entre el 1 de enero y 30 de junio de 2023.

Observaciones

1) **Observación:** Tipificación unificada en la clasificación de las PQRSD

Condición

La Oficina de Control Interno evidencia que, en la información solicitada a las dependencias, estas reportan tablas de tipificación diferentes de clasificación de las PQRSD allegadas a la entidad.

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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Tipificación unificada en la clasificación de las PQRSD	No
2	Tiempos establecidos para responder las PQRSD	SI
3	No hay reporte segundo trimestre de Control Interno Disciplinario	No

Oportunidades de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** La oficina de control interno una oportunidad de mejora en cuanto a las acciones de control y evidencias cargadas para el mes de julio, ya que en la revisión realizada el 21 del mismo mes, no estaban cargadas las de los siguientes controles:
 - Riesgo GEGI 1 C11 acción 1 responsable: Jenny Bautista/ Diana Vanegas
 - Riesgo GEGI 1 C14 acción 1 responsable: Jenny Bautista/ Diana Vanegas
 - Riesgo GEGI 5 C13 acción 1 responsable: Jenny Bautista
 - Riesgo GEGI 5 C13 acción 2 responsable: Jenny Bautista
 - Riesgo GEGI 5 C13 acción 3 responsable: Jenny Bautista
 - Riesgo GEGI 5 C132 acción 1 responsable: Jenny Bautista
 - Riesgo GEGI 9 C10 acción 1 responsable: Delegatura financiera
 - Riesgo GEGI 10 C18 acción 1 responsable: Jenny Bautista

- 2) **Oportunidad de Mejora:** La Oficina de Control Interno recomienda el uso adecuado y permanente de las herramientas tecnológicas dispuestas para la

atención telefónica y presencial ya que los reportes del digiturno muestran datos inferiores a los reportados por los funcionarios de CAU y están en Excel lo que puede generar errores o perdidas de información.

- 3) **Oportunidad de Mejora:** La oficina de control interno evidencia una oportunidad de mejora en cuanto a la consolidación de temas o tipificación de los diferentes tramites que se generan en las diferentes dependencias de la entidad.
- 4) **Oportunidad de Mejora:** La oficina de control interno genera una oportunidad de mejora para que las dependencias realicen estadísticas de los trámites recibidos, clasificándolas por temas, con el fin de establecer cuáles son las PQRSD de mayor frecuencia o recurrentes y establecer los mecanismos que considere pertinentes para poder pronunciarse oportunamente.
- 5) **Oportunidad de Mejora:** la Oficina de Control Interno recomienda el uso adecuado y permanente de las herramientas tecnológicas dispuestas para la atención telefónica y presencial ya que los reportes del digiturno muestran datos inferiores a los reportados por los funcionarios de CAU.
- 6) **Oportunidad de Mejora:** De igual manera la oficina de control interno evidencia una oportunidad de mejora al estudiar la posibilidad de implementar planes contingentes y/o reforzar temporalmente aquellas dependencias que presentan un alto volumen de requerimientos de los ciudadanos teniendo en cuenta las vacaciones programadas de cada trabajador y/o los periodos de vinculación y tipos de contrato de las personas que se encargan de la contestación de estas solicitudes en cada área de la entidad en razón al gran impacto que al cierre de la vigencia se observa, al no disponer de la cantidad de recurso humano que se requiere para atender de manera oportuna la demanda de PQRSD que la entidad recibe bajo los términos establecidos en la Ley así como evitar la acumulación de solicitudes.
- 7) **Oportunidad de Mejora:** La Oficina de Control Interno genera una oportunidad de mejora en cuanto a la disposición de personal calificado para la clasificación adecuada de las PQRSD, conteo real de tiempos de respuesta y expediente o ciclo de vida único, como la clasificación de respuestas

recibidas y los traslados por competencia que están generando reprocesos, ya que actualmente esta información está siendo tratada por un operador externo.

- 8) **Oportunidad de Mejora:** la Oficina de Control Interno genera una oportunidad de mejora en cuanto al desarrollo de una herramienta tecnológica con el acompañamiento y guía de la oficina asesora de planeación y sistemas, que evite el uso del Excel, que puede generar pérdidas de información o manipulación de datos.
- 9) **Oportunidad de Mejora:** La oficina de control interno genera una oportunidad de mejora respecto a la articulación del Manual de Atención al Ciudadano MAGGI-001 con el Programa de transparencia y ética en lo público, de acuerdo con lo que establece la Ley 2195 de 2022, así mismo la estandarización del proceso, actualización de manuales, procedimientos para la atención y trámites de PQRSD por parte de la entidad como unidad y no como dependencias aisladas.
- 10) **Oportunidad de Mejora:** Teniendo en cuenta que la entidad presenta 3.861 radicados en trámite del Sistema de Gestión documental Orfeo, de los cuales no se tiene la certeza que hayan sido contestadas dentro de los tiempos establecidos por la ley 1755 de 2015, según el tipo de peticiones presentadas por los usuarios, la oficina de control interno recomienda se sigan realizando las actividades necesarias para el cierre total de estos radicados por dependencia de común acuerdo con los directivos y la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en función de la prescripción de las peticiones.

Conclusiones

La Oficina de Control Interno invita a la entidad y funcionarios a seguir creando las condiciones adecuadas y seguras que garanticen la mejora en la credibilidad y que fortalezca los lazos de confianza entre la Supersolidaria y los ciudadanos, priorizando los canales de atención, para contestar con calidad, con accesibilidad y continuidad en los servicios que responden a las necesidades de la ciudadanía.

1.3.3 Informe Ejecutivo Anual - Modelo Estándar de Control Interno - MECI Diligenciamiento FURAG - Modelo Integrado de Planeación y Gestión.



Con fecha 6 de julio de 2023, la Oficina de Control Interno a través del Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión – FURAG dispuesto por la Función Pública en los términos del Artículo 2.2.23.3 del Decreto 1083 de 2015, realizó el reporte de información para la Medición del Modelo Estándar de Control Interno – MECI vigencia 2022.

A la fecha del presente memorando el Departamento Administrativo de la Función Pública, no ha socializado el resultado del índice de desempeño institucional ni del índice de control interno de la vigencia 2022.

1.3.4 Sistema Único de Gestión e Información Litigiosa del Estado (e-KOGUI). 1er Semestre 2023, Oficio No. 20231300380421 del 18 de agosto de 2023, No requiere Respuesta.

La Oficina de Control Interno de la Superintendencia de la Economía Solidaria, emite la certificación del asunto de la referencia, dando cumplimiento a lo establecido en la Circular Externa No. 03 expedida por la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado el 12 de julio de 2021 y específicamente a lo ordenado el artículo 2.2.3.4.1.14 del Decreto 1069 de 2015, emitió certificación sobre el resultado de la verificación realizada con fecha 18 de julio de 2023, remitió la certificación del I Semestre del 2023 a la Agencia

Los soportes de las verificaciones realizadas se encuentran a disposición en el archivo de la Oficina de Control Interno en caso de ser requeridos.

Producto de este seguimiento, se pudo corroborar el cumplimiento de las directrices establecidas en la normatividad vigente y lo señalado por parte de la agencia, motivo por el cual, se recomienda continuar con la gestión realizada hasta el momento, dando cumplimiento con las funciones de los diferentes roles del Sistema

1.3.5 Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno del 1 de enero al 30 de junio de 2023 (Informe Pormenorizado de Control Interno Publicado página Web Superintendencia). No requiere respuesta

En atención a lo estipulado en el Decreto 2106 de 2019 “Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública” (artículo 156), donde señala que el jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad (<https://www.supersolidaria.gov.co/es/content/pormenorizado-del-estado-del-sistema-de-control-interno>), un Informe de evaluación independiente del estado del Sistema de Control Interno, el Departamento Administrativo de la Función Pública diseño el “Formato Informe SCI parametrizado”, el cual se constituye en la herramienta que deberá ser utilizada por los Jefes de la Oficina de Control Interno para evaluar el mismo de manera integral, dicho Formato se presentará a los miembros del comité para su conocimiento y fines pertinentes.

A continuación, se presenta el resultado del Informe de Evaluación Independiente del Estado del Sistema de Control Interno con corte al 30 de junio de 2023:

La validez de este documento puede verificarse en: <https://sedeelectronica.supersolidaria.gov.co/SedeElectronica>

Nombre de la Entidad:		Superintendencia de la Economía Solidaria				
Periodo Evaluado:		Del 1 de enero al 30 de junio del 2023				
Estado del sistema de Control Interno de la entidad		93%				
<p>Conclusión general sobre la evaluación del Sistema de Control Interno</p> <p>A la fecha de corte del presente informe de evaluación del sistema de control interno: junio 30 de 2023, y a través de la evaluación independiente, se establece que el Estado del Sistema de Control Interno de la Superintendencia de la Economía Solidaria se encuentra en proceso y mantiene la calificación otorgada en el II Semestre del año 2022 con un resultado de 93%.</p> <p>De acuerdo con lo anterior el Sistema de Control Interno de la Superintendencia se encuentra presente y funcionando, pero requiere acciones dirigidas a fortalecer o mejorar su diseño y/o ejecución.</p> <p>Una vez analizados los 5 componentes y cada uno de los controles establecidos, así como el resultado de su implementación (93%), se establece que no ha sido totalmente efectivo, por lo cual se requiere de la implementación de planes de mejoramiento que permitan cubrir la brecha del 7% existente, de forma tal que se pueda cumplir con los lineamientos mínimos requeridos.</p> <p>La definición y documentación del Esquema de Líneas de Defensa ha sido incluida dentro de la Política para la Administración de Riesgos de la Superintendencia Solidaria.</p>						
¿Están todos los componentes operando juntos y de manera integrada? (SI en proceso - No) (Justifique su respuesta):	En proceso					
¿La entidad es sistema de control interno para sus operaciones comerciales? (SI/No) (Justifique su respuesta):	No					
¿La entidad cuenta dentro de su Sistema de Control Interno, con una (estructura) (línea de defensa) que le permita la toma de decisiones frente al control? (SI/No) (Justifique su respuesta):	Si					
Componente	¿El componente está presente y funcionando?	Nivel de Cumplimiento componente	Estado actual: Explicación de las Debilidades y Fortalezas	Nivel de Cumplimiento componente presentado en el informe anterior	Estado del componente presentado en el informe anterior	Avance final del componente
Ambiente de control	Si	92%	El Componente del Ambiente de Control en la Superintendencia, el cual busca asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno en la entidad, al 30 de junio de 2023 se mantiene en un nivel de cumplimiento del 92%, presentando una brecha de 8%, la cual como se mencionó en el semestre anterior requiere del compromiso de la línea estratégica y de las líneas de defensa, quienes deberán establecer acciones de mejora que permitan alcanzar el nivel de cumplimiento deseado. Teniendo en cuenta que en el Componente de Ambiente de Control se definieron 5 lineamientos con 24 preguntas, se observa que sobre aquellos controles (requerimientos) establecidos: 1. El 100% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. En cuanto a su funcionamiento: 1. El 83.3% de los controles funcionan operan como están diseñados y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo. 2. El 16.7% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias.	92%	El Componente del Ambiente de Control en la Superintendencia, el cual busca asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del Control Interno en la entidad, al 31 de diciembre de 2022 el nivel de cumplimiento del 92%, con una brecha de 8%, la cual requiere del compromiso de la línea estratégica y de las líneas de defensa, quienes deberán establecer acciones de mejora que permitan alcanzar el nivel de cumplimiento deseado. Teniendo en cuenta que en el Componente de Ambiente de Control se definieron 5 lineamientos con 24 preguntas, se observa que sobre aquellos controles (requerimientos) establecidos: 1. El 100% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requiere acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. En cuanto a su funcionamiento: 1. El 83.3% de los controles funcionan operan como están diseñados y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo. 2. El 16.7% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias.	0%
Evaluación de riesgos	Si	94%	Al 30 de junio de 2023, el componente de evaluación de riesgos mediante el cual se gestionan los riesgos materiales para evitar su materialización, presenta un estado de implementación en la Superintendencia de la Economía Solidaria del 94%, por lo cual se requiere de acciones que permitan fortalecer el mismo y cubrir la brecha existente del 6%. Este componente como se mencionó en el semestre anterior presenta 4 lineamientos, con 17 controles, sobre los cuales se establece que el 100% de los controles se encuentran presentes y requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. En cuanto a su funcionamiento, como se mencionó en el semestre anterior el 86.2% (15 controles) operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 13.8% (2 controles) operan como están diseñados, pero con algunas falencias. Dicha evaluación de riesgos hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo de la entidad, los servidores de la entidad, y en el entorno de cada entidad, satélites y potenciales, tanto internos como externos, que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales.	94%	Al 31 de diciembre de 2022, el componente de evaluación de riesgos mediante el cual se gestionan los riesgos materiales para evitar su materialización, presenta un estado de implementación en la Superintendencia de la Economía Solidaria del 94%, por lo cual se requieren acciones que permitan fortalecer el mismo y cubrir la brecha existente del 6%. En este Componente se han establecido 4 lineamientos, con 17 controles, sobre los cuales se establece el siguiente porcentaje de avance: 100% de los controles se encuentran presentes y requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa. En cuanto a su funcionamiento, el 86.2% (15 controles) operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 13.8% (2 controles) operan como están diseñados, pero con algunas falencias. Dicha evaluación de riesgos hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del equipo directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales.	0%
Actividades de control	Si	100%	La Superintendencia define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso. Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que dan cuenta de su aplicación en el día de las operaciones, los mismos desde el semestre anterior presentan una implementación que se encuentran presentes y en funcionamiento con un avance del 100%, operando de acuerdo con su diseño, siendo efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y de esta forma evita la materialización del riesgo.	100%	La Superintendencia define y desarrolla actividades de control que contribuyen a la mitigación de los riesgos hasta niveles aceptables para la consecución de los objetivos estratégicos y de proceso. Implementa políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que dan cuenta de su aplicación en el día de las operaciones, los cuales presentan una implementación del 100%. En cuanto a la existencia y el funcionamiento de los mismos, se observa que el 100% de los mismos se encuentran presentes, operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo.	0%
Información y comunicación	Si	86%	Dentro de este componente se presentan 3 lineamientos con 14 controles, cuya finalidad es la verificación de la información y la comunicación interna para adecuada operación en la Superintendencia, mediante este componente se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de comunicación, captación, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisficgan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés. Se requiere que todos los servidores de la entidad incluyan un claro mensaje de la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno. Teniendo en cuenta que se mantiene el porcentaje de avance reportado en el semestre anterior, se relaciona nuevamente el grado de implementación de este componente en su funcionamiento en la Superintendencia: 1. El 71.4% operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo. 2. El 28.6% operan como están diseñados, pero con algunas falencias. En cuanto a su existencia, el 100% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa.	86%	El equivalente al grado de implementación de este componente en su funcionamiento en la Superintendencia: 1. El 71.4% operan como están diseñados y son efectivos frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo. 2. El 28.6% operan como están diseñados, pero con algunas falencias. En cuanto a su existencia, el 100% de los mismos se encuentran presentes, por lo tanto, se requieren acciones o actividades dirigidas a su mantenimiento dentro del marco de líneas de defensa.	0%
Monitoreo	Si	93%	Teniendo en cuenta que mediante este componente se realiza el monitoreo y la evaluación de la gestión institucional y de la administración y la evaluación independiente en la Superintendencia, con corte al segundo semestre del presente año, se observa que el mismo presenta un nivel de implementación del 93%. Este componente define 2 lineamientos, y contiene 14 preguntas sobre requerimientos específicos en cuanto a diseño y funcionamiento, de las mencionadas preguntas se mantiene la calificación del 92.9%, en cuanto a las actividades las cuales se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas el 71% de las actividades las cuales están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otros mecanismos. En cuanto a los resultados de la evaluación, el control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 14.3% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias. La evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la subevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y encaminarse en la mejora continua (COIG, 2013: 143).	93%	Teniendo en cuenta que mediante este componente se realiza el monitoreo y la evaluación de la gestión institucional y de la administración y la evaluación independiente en la Superintendencia, con corte al primer semestre del presente año, se observa que el mismo presenta un nivel de implementación del 93%. Este componente define 2 lineamientos, y contiene 14 preguntas sobre requerimientos específicos en cuanto a diseño y funcionamiento, de las mencionadas preguntas el 92.9% de las actividades se encuentran diseñadas, documentadas y socializadas y el 71% de las actividades las cuales están diseñadas o en proceso de diseño, pero éstas no se encuentran documentadas en las políticas/procedimientos u otros mecanismos. En cuanto a los resultados de la evaluación, el control opera como está diseñado y es efectivo frente al cumplimiento de los objetivos y para evitar la materialización del riesgo y el 14.3% el control opera como está diseñado, pero con algunas falencias. La evaluación permanente al estado del SCI implica el seguimiento al conjunto de dimensiones del Modelo, de tal manera que la subevaluación y la evaluación independiente se convierten en la base para emprender acciones para subsanar las deficiencias detectadas y encaminarse en la mejora continua (COIG, 2013: 143).	0%

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Se genera una oportunidad de mejora en la actividad 4.1.1 Formular la estrategia del Comité de convivencia para la vigencia: La evidencia presentada son informes del comité de convivencia y la estrategia de trabajo del comité de SST, más no se evidencia el avance en la generación de la estrategia del comité de convivencia que es la meta.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Se genera una oportunidad de mejora en la actividad 4.1.2. Realizar socialización de las generalidades del comité de convivencia de la entidad, para la apropiación de todos los servidores de la SES: la evidencia presentada corresponde a ruta de denuncias por acoso laboral, más no socializa las generalidades del comité de convivencia.
- 3) **Oportunidad de Mejora:** Se genera una oportunidad de mejora en la actividad 4.1.3. Seguimiento a las actividades realizadas por el comité de convivencia: la dependencia responsable incluyo la evidencia, pero no hizo el reporte respectivo en el formato establecido para ello.
- 4) **Oportunidades de Mejora:** Se genera una oportunidad de mejora en las actividades 5.3.4 Conformar equipo líder para la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas y 6.1.5. Mantener el link de "Preguntas frecuentes" del portal institucional con información actualizada: La evidencia no se encuentra en la carpeta creada para tal fin.

B. Mapa de Riesgos de Corrupción

Oportunidades de mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Se genera una oportunidad de mejora en la acción 36.1 Delegatura Asociativa y Delegatura financiera: se recomienda que la evidencia dispuesta sea la descrita, en tanto que un pantallazo de una reunión programada, no es prueba plenamente identificada y demostrable de su realización ante el monitoreo y el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas

y la Oficina de Control Interno, respectivamente; como si lo es la grabación de las reuniones realizadas.

Conclusiones

La Oficina de Control Interno reconoce la realización de las actividades de socialización y divulgación del programa de transparencia y ética en lo público – PTEP para la vigencia 2023 y del Mapa de riesgos de corrupción por parte de la Oficina asesora de planeación y sistemas y del equipo de comunicaciones de la entidad al igual que el avance en cada una de las acciones que promueven mejores prácticas, evitar la materialización de riesgos de corrupción para garantizar una gestión transparente y brindar la más eficiente atención a la ciudadanía.

1.3.7.2 Segundo Seguimiento Programa de transparencia y ética en lo público - PTEP y Mapa de Riesgos de Corrupción Corte a 30 de agosto de 2023.

A. Programa de Transparencia y Ética en lo Público

Oportunidades de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Se genera una oportunidad de mejora en la actividad 3.1.1 Fortalecer los canales de denuncia a través de los cuales se informan hechos de corrupción, conforme a la actualización del Código de Buen Gobierno: Falta incluir en la carpeta correspondiente la evidencia de los meses de febrero, julio y agosto.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Se genera una oportunidad de mejora en la actividad 7.1.2 Consolidar e implementar iniciativas de innovación pública en la entidad: No se puede verificar la evidencia en el link aportado, se solicita aportar la evidencia en la carpeta creada para tal fin.
- 3) **Oportunidad de Mejora:** Se genera una oportunidad de mejora en la actividad 7.1.5. Publicar a través de la página web de la entidad, los reportes con información del sector vigilado en la página web de la

Conclusiones

La Oficina de Control Interno reconoce la realización de las actividades de socialización y divulgación del programa de transparencia y ética en lo público – PTEP para la vigencia 2023 y del Mapa de riesgos de corrupción por parte de la Oficina asesora de planeación y sistemas y del equipo de comunicaciones de la entidad al igual que el avance en cada una de las acciones que promueven mejores prácticas, evitar la materialización de riesgos de corrupción para garantizar una gestión transparente y brindar la más eficiente atención a la ciudadanía.

1.4 Seguimientos Oficina de Control Interno

1.4.1 Seguimiento al Plan de mejoramiento Institucional suscrito con la Contraloría General de la República (CGR - Min hacienda) Validado con las dependencias involucradas y enviado vía SIRECI a la CGR y al Ministerio de hacienda - publicado en la página web de la entidad

En cumplimiento a lo dispuesto por la Contraloría General de la República CGR, la Oficina de Control Interno realizó seguimiento a los avances en el cumplimiento de las acciones de mejora y metas durante el primer (I) Semestre de 2023, formuladas en el Plan de mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República y la Superintendencia de la Economía Solidaria por las vigencias 2013 y 2014, auditoría financiera 2017, auditoría de cumplimiento 2018, auditoría financiera 2021 y las Denuncias 2015-84955-82111-D y 2015-85249-82110-D y 2016-108095-82111-D

- El plan de mejoramiento semestral – vigencia 2023 fue transmitido dentro de los términos establecidos por la Contraloría General de la Republica así:

Fecha de generación: 2023/07/21

Hora de generación: 10:26:18

Consecutivo: 83005304362023-06-30

- El informe sobre el avance sobre el Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría se presenta en los Anexos 1, 2, 3, 4 y 5 los cuales hacen parte integral del presente memorando.

Aspectos relevantes

Producto del diagnóstico del estado de cumplimiento de los planes de mejoramiento suscritos con la Contraloría entre 2015 y 2021 y del análisis de efectividad de las acciones formuladas y adoptadas por la administración en el marco de los diferentes procesos auditados se establecen los siguientes hechos:

- Un 90.9% de los hallazgos corresponden a secretaria general y refieren a la liquidación de tasa de contribución, aspectos de la gestión que impactan los estados financieros de la entidad, y a otros aspectos administrativos.
- Con sustento en el levantamiento de información actualizada y soportes de gestiones realizadas con corte a junio de 2023, para las 11 actividades establecidas se determina una efectividad del 55% en la gestión de la entidad al resolver las causas identificadas por el órgano de control o al realizar correcciones que impactan directamente los hechos identificados en los hallazgos.
- El 45% de las actividades para los cuales no fue efectiva la acción formulada, se refiere a temas de contratación para los que aún no se ha culminado la fecha de terminación, es decir que se encuentran en proceso.

EFFECTIVIDAD DE LAS ACCIONES			
PROCESO	NO	SI	Total
Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	1		1
Secretaria General	4	6	10
Total	5	6	11
%	45%	55%	100%

Fuente: Elaboración Oficina de Control Interno – Información Procesos Supersolidaria

Teniendo en cuenta el anterior cuadro, la OCI, encontró procedente realizar el cierre de 6 acciones, las cuales tienen que ver con la información financiera de la entidad, estados financieros, gestión presupuestal y el aplicativo de tasa de contribución.

Proceso	ESTADO			Total
	Cumplida	Vencida	En proceso	
Oficina Asesora de Planeación y Sistemas	0	1		1
Secretaria General	6	0	4	10
Total	6	1	4	11

Fuente: Elaboración Oficina de Control Interno – Información Procesos Supersolidaria

Por último, se observó que hay 4 acciones en proceso y 1 acción vencida a la cuales, mediante correo electrónico, la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, solicito ampliación hasta el 31 de diciembre del año en curso.

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fue evidenciado el cumplimiento de las acciones, sin embargo, se hace un llamado al cumplimiento de la acción de la oficina asesora de planeación y sistemas, ya que es una acción que viene postergándose varios años.

1.4.2 Seguimiento y evaluación del funcionamiento de los Comités Institucionales – vigencia 2022. Memorando No. 20231300016303 del 31 de mayo de 2023, Respuesta mediante Memorando No. 202331000019213 de 21 de junio de 2023 de Despacho y correo de Secretaría General de 24 de agosto de 2023.

Verificar el Estado de los Comités conformados en la entidad, así como periodicidad de reuniones, funciones y sus evidencias tales como Actas de reunión, para lo cual se tomará en cuenta la información solicitada a las áreas mencionadas, resoluciones, modificaciones y actas de la Vigencia 2022.





La validez de este documento puede verificarse en: <https://sedelectronica.supersolidaria.gov.co/SedeElectronica>

Observaciones

- 1) **Observación:** Incumplimiento de la periodicidad en las reuniones de dos (2) Comités.

Condición

Se evidenció el incumplimiento de la periodicidad en las reuniones conforme a lo dispuesto en su resolución, de los siguientes Comités:

-  Comité Institucional para la prevención del lavado de activos y la Financiación del Terrorismo, Res. 20101400002075 de 2010, modificada por la Res. 20141400010195 de 15 de octubre de 2014. Responsable: Despacho.
-  Comité Ejecutivo y Técnico de Arquitectura Empresarial, Res. 2019140004415 de 2 de septiembre de 2019. Responsable: Despacho.

Recomendación

Revisión, análisis y terminación de comités innecesarios para la entidad por medio de resoluciones que los dejen sin efecto.

- 2) **Observación:** Informes con periodicidad diferente a la indicada en la Resolución 2022410005685 de 9 de septiembre de 2022.

Condición

Al verificar la Resolución No. 2022410005685 DE 9 de septiembre de 2022, relacionada específicamente por el Comité de Convivencia Laboral evidencia que no se está realizando los informes según la periodicidad allí indicada que es trimestral y no semestral como se realizó en la vigencia 2022.

Recomendación

La elaboración de informes trimestrales como lo determina la resolución 2022410005685 de 9 de septiembre de 2022 o modificación de la resolución en cuanto a la periodicidad de reunión en caso de que no sea necesaria cada trimestre.

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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Incumplimiento de la periodicidad en las reuniones de dos (2) Comités	No
2	Informes con periodicidad diferente a la indicada en la Resolución 2022410005685 de 9 de septiembre de 2022	No

Conclusiones

La oficina de control interno recomienda, realizar una revisión y verificación de los actuales comités que se encuentran en funcionamiento y por medio de acto administrativo dejar inactivos o cerrar los que ya no son necesarios para la entidad para así evitar incumplimientos

1.4.3 Seguimiento Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Ley 1712 de 2014 - Decreto 103 de 2015) Validación del autodiagnóstico y estado de implementación de la normatividad en la entidad, Seguimiento a Planes de Mejoramiento. Memorando No. 20231300022333 del 26 de julio del 2023, Respuesta mediante Memorando No. 2023400023023 del 02 de agosto de 2023.

Revisión de la implementación de los requerimientos establecidos en la Matriz de Cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, Decreto 103 de 2015, Resolución N° 1519

de 24 de agosto de 2020 del MinTIC, con base en la información publicada en la página web de la entidad, en el enlace “Transparencia y Acceso a la Información Pública”, validación del autodiagnóstico de Transparencia y Acceso a la Información, además del seguimiento al estado de las acciones de mejora establecidas en los planes de mejoramiento suscritos en vigencias anteriores.

Observaciones

- 1) **Observación:** No se da cumplimiento total a los ítems del Menú Nivel II de la Matriz ITA.

Condición

Se evidenciaron algunos requerimientos de la Matriz ITA a los que actualmente no se les da cumplimiento en la sección “Transparencia” de la página web de la entidad, los cuales se encuentran relacionados y detallados en la tabla “Ítems del Menú Nivel II que no se cumplen”.

Recomendación

Validar los comentarios registrados por la Oficina de Control Interno en la tabla “Ítems del Menú Nivel II que no se cumplen” y generar acciones para dar cumplimiento a las faltas señaladas.

- 2) **Observación:** Se evidenciaron algunos requerimientos de los anexos 1 y 2 de la Resolución 1519 del 2020, pendientes de ser implementados en la Página Web de la Entidad.

Condición

Esto se pudo evidenciar a través de algunas obligaciones inmersas en los anexos de la Resolución 1519 de 2020, a las cuales actualmente no se le da cumplimiento, como es el caso de los textos alternativos sobre los elementos de tipo imagen, los textos discernibles sobre botones, elementos de información de tipo video o audio sin el texto del guion que los originó, documentos publicados que no contienen la fecha de su publicación.

Es importante resaltar que los plazos establecidos para la implementación de las exigencias implícitas en los anexos de la Resolución 1519 de 2020 son los siguientes: “Las entidades públicas y sujetos obligados tienen dos fechas para cumplir con la implementación de las medidas: antes del 31 de marzo del 2021 se deben implementar los anexos 2, 3 y 4 incluidos en dicha resolución; y antes del 31 de diciembre del 2021 se deben implementar las directrices de accesibilidad web”.

Recomendación

Se invita a que se establezcan acciones de mejora para subsanar estos incumplimientos a la mayor brevedad, teniendo presente que durante este semestre se encuentra programada la verificación que efectúa la Procuraduría General de la Nación al cumplimiento de la normatividad afín a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública - Ley 1712 de 2014.

- 3) **Observación:** Se evidenciaron falencias en algunos de los contenidos publicados en el menú “Transparencia” de la página web de la entidad.

Condición

Es el caso de algunos enlaces rotos, enlaces con información duplicada, enlaces que no generan la información relacionada con el título. De igual forma, se incumple con requisitos de información, como por ejemplo campos que debe contener y no se encuentran en el instrumento de Índice de información clasificada y reservada, como sucede con el tiempo que cobija la clasificación o reserva.

Recomendación

Para subsanar esta situación, se presentan a continuación algunos aspectos que se propone tener en cuenta:

- Validar cada uno de los enlaces presentes en la sección Transparencia, por cuanto algunos se encuentran “rotos”, como es el caso del numeral 8.6.1

Boletín de Análisis Macroeconómico, 8.6.2 Estudios, 8.6.3 Informes, 8.6.4 Modelos. Sucede lo mismo con el enlace “Invitación” del menú “Participa”, opción “Rendición de Cuentas”.

- Revisar la información de los numerales 7.2.3 Índice de información pública reservada y clasificada y 7.2.4 Registro de activos de información, por cuanto está duplicada con la información de los numerales 7.1.1 y 7.1.2. y aplicar los ajustes que correspondan.
- Unificar los enlaces 1.6.1 y 1.6.2 presentes en el numeral 1.6 Directorio de entidades, ya que contienen la misma información.
- Validar los enlaces 2.2.1.1 Leyes - SUIN Juriscol y 2.2.1.2 Decretos - SUIN Juriscol, presentes en el numeral 2.2.1 Sistema Único de Información Normativa - SUIN, por cuanto ambos direccionan al mismo sitio.
- Unificar los enlaces 2.3.1.2 y 2.3.1.3, por cuanto presentan información duplicada.
- Se sugiere validar el numeral 8.4 Información Comunidades y Etnias, y aplicar los ajustes que se requieran, toda vez que no genera el contenido relacionado con el título.

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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	No se da cumplimiento total a los ítems del Menú Nivel II de la Matriz ITA.	NO
2	Se evidenciaron algunos requerimientos de los anexos 1 y 2 de la Resolución 1519 del 2020, pendientes de ser implementados en la Página Web de la Entidad.	NO



No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
3	Se evidenciaron falencias en algunos de los contenidos publicados en el menú “Transparencia” de la página web de la entidad.	NO

Oportunidades de Mejora - (Relacionada con la evaluación realizada)

- 1) Estimar los recursos requeridos que permitan ejecutar e implementar todas las “Actividades de Gestión” de los componentes del AUTODIAGNÓSTICO DE GESTIÓN POLÍTICA DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN y poder alcanzar el 100%.
- 2) Aplicar controles para asegurar que todos los contenidos publicados en el Menú “Transparencia” de la web de la entidad, se encuentren con la información actualizada de la entidad y dar cumplimiento a los lineamientos normativos.
- 3) Se recomienda estimar la opción que el enlace al sitio GOV.CO, presente en el top bar o barra superior de la página web de la entidad, se configure para abrir en una nueva página, haciendo más fácil la navegabilidad al usuario.
- 4) Se invita a mejorar el contenido del numeral 3.1. Misión, visión, funciones y deberes, presente en “Transparencia”, con el fin que se puedan apreciar con claridad los deberes de la entidad.
- 5) Se propone actualizar el enlace 6.4. Proyectos de Inversión y publicar los proyectos de la vigencia actual. Tener presente que también se debe publicar cada 3 meses el avance de ejecución.
- 6) En relación con el numeral 6.10. Informes trimestrales sobre acceso a información, quejas y reclamos, se invita a publicar a la mayor brevedad el informe del segundo trimestre de 2023



Conclusiones

Posterior a la verificación realizada por la Oficina de Control Interno, se puede señalar que con la puesta en producción de la nueva Página Web Institucional se cumple con una gran parte de los requerimientos exigidos en la Matriz de Reporte de Cumplimiento - ITA dispuesta por la Procuraduría General de la Nación, con la organización de sus contenidos, así como también de los requisitos de la Resolución 1519 de 2020; sin embargo, aún se evidencian algunos aspectos que se deben subsanar y fortalecer, razón por la cual se invita a tener en cuenta las observaciones y oportunidades de mejora registradas como producto de la presente evaluación, teniendo presente que las mismas están orientadas a que la entidad logre el cumplimiento total de los lineamientos de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública - Ley 1712 de 2014 y sus normas conexas.

1.4.4 Verificación a la concertación de los Acuerdos de Gestión del 2023 y evaluación de acuerdos y de Desempeño año 2022. Memorando No. 20231300015603 del 25 de mayo de 2023, Respuesta mediante Memorando No. 20231000025023 de 06 de septiembre de 2023.

Verificación de la gestión por parte de la Secretaría General en relación con el seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión suscritos en la vigencia 2022 y concertación y formalización para los de la vigencia 2023.

Observaciones

- 1) Observación:** Se evidenció el incumplimiento de los términos señalados en el numeral 3 del artículo 50 de la ley 909 de 2004, respecto de la realización del seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión suscritos con los gerentes públicos.

Condición

Verificada la información suministrada por el Grupo de Talento Humano, no se evidenció soporte de los anexos entregados Nos. 2 y 3 de los acuerdos de gestión de los gerentes públicos de la vigencia 2022.

Recomendación

Teniendo en cuenta el proceso de adopción de las nuevas metodologías para la evaluación de los gerentes públicos, se recomienda a futuro, establecer puntos de control relacionados con la ejecución de los términos normativos de las actividades relacionadas con los acuerdos de gestión, específicamente en la realización del seguimiento y evaluación de los compromisos gerenciales propuestos a través del diligenciamiento de los anexos correspondientes.

Continuar con la aplicación de puntos de control como cronogramas, planes de trabajo y socialización de las fechas para la concertación, formalización y evaluación de los acuerdos de gestión en término.

Soportar la actividad de seguimiento y evaluación a través del diligenciamiento de información completa en los formatos establecidos por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública.

Resumen de Observaciones

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fue evidenciada la siguiente observación la cual requiere de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la causa que las generó:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Se evidenció el incumplimiento de los términos señalados en el numeral 3 del artículo 50 de la ley 909 de 2004, respecto de la realización del seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión suscritos con los gerentes públicos.	NO

Oportunidades de Mejora:

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Se recomienda generar y soportar las acciones pertinentes encaminadas a realizar el nombramiento definitivo del Superintendente Delegado para la Supervisión del Ahorro y la Forma



Asociativa Solidaria, para dar cumplimiento a los términos señalado en la ley 909 de 2004 y de esta manera poder realizar la concertación y formalización del acuerdo de gestión correspondiente.

- 2) **Oportunidad de Mejora:** Se recomienda solicitar el acompañamiento del Departamento Administrativo de la Función Pública para la adopción del “Nuevo modelo de gerencia pública y de acuerdos de gestión: hacia la gerencia pública 4.0”, para efectos de ajustar los procedimientos del proceso Gestión Integral de Talento Humano.

Capacitar a los gerentes públicos en las nuevas metodologías de evaluación y dar cumplimiento al cronograma propuesto para la concertación, formalización, seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión en los formatos establecidos para tal fin.

Generar las evidencias suficientes que certifiquen la gestión por parte del Grupo de Gestión de Talento Humano.

Conclusiones

De acuerdo a la verificación de la concertación, formalización, seguimiento y evaluación de los acuerdos de gestión de la vigencia 2022, se pudo observar algunas situaciones generadoras de observación y otras de oportunidades de mejora en cumplimiento del rol asesor de la Oficina de Control Interno, las cuales podrán ser asumidas por parte del líder del proceso de manera discrecional y así lo considera pertinente.

Se recomienda dar cumplimiento a los términos normativos para efectos de realizar la evaluación de los acuerdos de gestión de gerentes públicos, estableciendo planes de trabajo al interior del Grupo para lograr a buen término los objetivos propuestos. Respecto de las nuevas directrices establecidas en materia de evaluación de gerentes públicos expedida por parte del Departamento Administrativo de la Función Pública, se recomienda solicitar el acompañamiento de este ente y realizar las capacitaciones que sean necesarias para realizar la transición de procesos y procedimientos.

1.4.5 Seguimiento al reporte de la información en el FURAG. (artículo 5 del Decreto 2482 de diciembre de 2012) Memorando No. 20231300026483 del 29 de septiembre de 2023, No requiere respuesta (memorando informativo)

Revisión de una muestra de los soportes relacionados en las respuestas dadas en el Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión – FURAG – 2022.

Oportunidades de mejora

- 1) **Oportunidades de mejora:** Se recomienda, que se genere un archivo consolidado con todas las respuestas y no se generen varios archivos, ya que hace más difícil la revisión.
- 2) **Oportunidades de mejora:** Frente a las respuestas que fueron negativas, una vez se cuente con el resultado final emitido por el DAFP, se deberá establecer el respectivo plan de acción para cumplir en la vigencia 2023.

1.4.6 Seguimiento y evaluación al Plan Estratégico Sectorial vigencia 2023. Memorando No. 20231300024753 del 31 de agosto de 2023, Plan de mejoramiento suscrito por Autocontrol (en iSolución con el Plan de Acción Anual – PAA 2022.

El informe se rinde con base en el documento publicado en la página Web de la Superintendencia, correspondiente al seguimiento de las actividades del Plan Estratégico – Sector Hacienda 2022 y 2023, la información sobre su avance, la cual fue suministrada por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas – OAPS, soportada en la información entregada por cada una de las áreas involucradas.

Observaciones

- 1) **Observación:** Una (1) Actividad que no alcanzó el 100% de cumplimiento en el Plan Estratégico Sectorial 2022: Actualizar el portafolio de servicios de cada entidad y ponerlo a disposición de los grupos de valor en los diferentes canales de comunicación

Condición

De las catorce (14) actividades del Plan Estratégico Sectorial 2022, una (1) actividad no logró el 100% de cumplimiento.

Recomendación

Continuar las tareas relacionadas al cumplimiento y cierre de la actividad. **Se destaca que la Dependencia encargada, en este caso la OAPS, ya adelanta el plan de Mejoramiento respecto de esta actividad (1) que no logró su 100% del cumplimiento, como medida de Autocontrol.** Esta observación se relaciona por la trazabilidad y seguimiento de las actividades pendientes de cierre.

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:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Una (1) Actividad que no alcanzó el 100% de cumplimiento en el Plan Estratégico Sectorial Vigencia 2022: Actualizar el portafolio de servicios de cada entidad y ponerlo a disposición de los grupos de valor en los diferentes canales de comunicación	No

Oportunidades de Mejoras

- 1) **Oportunidad de Mejora:** La Oficina de Control Interno evidencia una oportunidad de mejora en cuanto a las acciones de control y evidencias cargadas para el mes de diciembre, ya que en la revisión realizada el 17 de agosto no estaban cargadas las del control: Riesgo PLES 4 C130 acción 2 por parte de OAPS y Delegatura asociativa



- 2) **Oportunidad de Mejora:** La Oficina de Control Interno genera una oportunidad de mejora en cuanto al cumplimiento de las tareas asignadas, así como la correcta disposición de las evidencias teniendo en cuenta la periodicidad y programación de la entidad o del Ministerio de Hacienda, para la vigencia 2023.

Conclusiones

La Oficina de Control interno verifica que del total de catorce (14) tareas programadas dentro del Plan de Acción del Plan Estratégico Sectorial para la vigencia del año 2022 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, fueron cumplidas a cabalidad trece (13) tareas, logrando el 99% del cumplimiento de las actividades planteadas para la vigencia, según el seguimiento realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas y de acuerdo a lo reportado por las áreas encargadas.

Respecto de las actividades proyectadas para la vigencia 2023 se evidencia que de las siete (7) actividades, tres (3) actividades no han iniciado y/o no han cargado las evidencias para sus validaciones respectivas y su porcentaje promedio de cumplimiento a la fecha es de 29%.

1.4.7 Seguimiento a la Relación de Acreencias a favor de la entidad, Pendientes de Pago. Radicado No. 20231300020253 del 29 de junio de 2023. No requiere Respuesta.

La Oficina de Control Interno, de acuerdo con la información suministrada por el Grupo de Recursos Financieros realiza la verificación a fin de determinar el valor de las acreencias a favor de la Superintendencia de la Economía Solidaria pendientes de pago.

Oportunidades de Mejoras

- 1) **Oportunidad de Mejora:** La Oficina de Control interno genera una oportunidad de mejora en cuanto a la consideración y análisis del riesgo de envío de información errónea, inexacta o inoportuna a los diferentes entes que la solicitan, como es el caso de la CGR mediante el aplicativo CHIP, teniendo

en cuenta que son varios envíos de información que se realizan durante la vigencia y que esta debe ser información de calidad, con exactitud y completitud de los datos.

Conclusiones

Verificados los soportes suministrados por la Secretaría General, se pudo evidenciar el cumplimiento en el reporte semestral de Deudores Morosos a noviembre de 2021 y mayo de 2022, de conformidad a lo señalado en el artículo 2o de la Ley 901 de 2004 y Resolución 422 de 2011, Art 3° de la Contaduría General de la Nación.

1.4.8 Seguimiento a la Valoración de los nuevos Pasivos contingentes y la Actividad Litigiosa del Estado. Radicado 20231300019903 del 27 de junio de 2023. No requiere Respuesta.

El alcance previsto para esta actividad conlleva la verificación de la provisión contable de los procesos judiciales a cargo de la entidad activos a la fecha del seguimiento, verificando de igual forma su gestión durante el segundo semestre de la vigencia 2022 y lo corrido de la vigencia 2023.

Conclusiones

Producto de la verificación efectuada por la Oficina de Control Interno, se pudo evidenciar el cumplimiento por parte de la Oficina Asesora Jurídica de los términos para la realización de la calificación del riesgo y provisión contable de conformidad a lo estipulado en la Resolución 2017110002515 de 2017.

La provisión contable de los procesos judiciales se realiza de acuerdo a lo señalado en la Resolución 353 de 2016 – Por la cual se adopta una metodología de reconocido valor técnico para el cálculo de la provisión contable de los procesos judiciales, conciliaciones extrajudiciales y trámites arbitrales en contra de la entidad, esto es, únicamente sobre los procesos judiciales cuya probabilidad de riesgo sea ALTA; existiendo un único registro que cumple con este requisito.

Se pudo evidenciar la coherencia entre la información que se carga en el sistema eKogui y lo reportado al área financiera de la Superintendencia respecto de la

provisión contable de los procesos cuyo riesgo de pérdida es ALTA, por lo que se cumple con el requisito normativo.

Finalmente, y dado el nivel de cumplimiento en relación con las directrices relacionadas con los pasivos contingentes de los procesos judiciales en calidad de demandado de la Superintendencia, no se generan observaciones y se recomienda continuar con la aplicación de los puntos de control adoptados en el proceso.

1.4.9 Seguimiento al Sistema Integrado de Información Financiera, SIIF Nación. - Seguimiento al cumplimiento de Política de Seguridad SIIF – Nación 2022 - 2023. Memorando No. 20231300022073 de 21 de julio de 2023. No requiere Respuesta.

Para el desarrollo del informe, se realizaron consultas a través del Aplicativo SIIF Nación con fecha de corte 30 de mayo de 2023 y solicitud de información al área encargada con el fin de verificar los usuarios activos y los perfiles asignados a cada uno de ellos, teniendo como base las guías para generar reportes y consultas, emitidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Conclusiones

La Oficina de Control Interno evidencia que a la fecha de nuestra revisión la Dependencia encargada (Secretaría General) ha dado cumplimiento de manera general a los lineamientos establecidos por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, tendientes a garantizar el cumplimiento de las políticas de operación y seguridad establecidas para el Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF - Nación.

1.4.10 Seguimiento al Sistema de Información y Gestión del Empleo Público "SIGEP" (Hoja de Vida, Bienes y Rentas, Estructura Organizacional, Planta de Personal y Vinculación y desvinculación) Memorando No. 20231300024543 del 29 de agosto de 2023, Respuesta mediante Memorando No. 20231000024873 del 04 de septiembre de 2023.

Verificación sobre el registro y gestión de la información relacionada con las hojas de vida y declaración de bienes y rentas (en los casos que aplica) para los

servidores públicos y contratistas de la Superintendencia de la Economía Solidaria en el sistema SIGEP II, durante el segundo semestre de la vigencia 2022 y primer semestre de la vigencia 2023.

Observaciones

- 1) **Observación:** Se evidenció el incumplimiento del requisito señalado en el artículo 3 de la ley 2013 de 2019, respecto de la actualización de la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios.

Condición

No fue evidenciada la publicación de la actualización de la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios en el portal web del Departamento Administrativo de la Función Pública correspondiente a la vigencia 2021 de algunos directivos de la entidad.

Recomendación

Generar alertas a los directivos de la entidad para efectos de que se carguen las declaraciones del impuesto sobre la renta y complementarios, dentro del mes siguiente a la presentación de la última declaración del año gravable ante la DIAN.

Resumen de Observaciones

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno, fue evidenciada la siguiente observación la cual requiere de la formulación de acciones de mejora que permitan subsanar la misma:

No	OBSERVACIONES	REPETITIVO
1	Se evidenció el incumplimiento del requisito señalado en el artículo 3 de la ley 2013 de 2019, respecto de la actualización de la declaración del impuesto sobre la renta y complementarios.	NO



La validez de este documento puede verificarse en: <https://sedelectronica.supersolidaria.gov.co/SedeElectronica>

Oportunidades de Mejoras

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Se recomienda continuar con el reporte de inconsistencias al Departamento Administrativo de la Función Pública, realizando el seguimiento correspondiente para efectos de verificar que los ajustes se hayan realizado.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** Se recomienda generar soportes semestrales de seguimiento de la veracidad de la información que registran los funcionarios públicos respecto de las declaraciones e informes en el sistema SIGEP II.

Conclusiones

Producto de la verificación efectuada por parte de la Oficina de Control Interno, se pudo evidenciar una mejora en el reporte y actualización de las hojas de vida y declaración de bienes y rentas por parte de los servidores públicos de la Superintendencia, a comparación con lo evaluado en la vigencia 2022.

Es pertinente señalar que el sistema aún continúa generando algunas inconsistencias las cuales son ajenas a la entidad, toda vez que el SIGEP II ha venido realizando trabajo de migración de información; dichas inconsistencias han sido notificadas al Departamento Administrativo de la Función Pública para su ajuste, por lo que se recomienda continuar con el seguimiento periódico y reporte correspondiente.

Finalmente, se generan dos oportunidades de mejora relacionadas con dicho reporte de debilidades del sistema y generación de evidencias de conformidad al término señalado en la norma, y una observación relacionada con el cargue del formato de declaración del impuesto sobre la renta y complementarios de conformidad a lo señalado en la ley 2013 de 2019.

1.4.11 Informe de Personal y Costos – Vigencia 2022. Memorando No. 20231300019983 del 27 de junio de 2023. No requiere Respuesta.

Verificar el cumplimiento por parte de la Superintendencia de la Economía Solidaria, sobre la remisión de la información relacionada con el PERSONAL Y COSTOS, en

los términos señalados por las directrices establecidas por la Contraloría General de la República.

Oportunidades de Mejoras

- 1) **Oportunidad de Mejora:** La Oficina de Control interno genera una oportunidad de mejora en cuanto a la consideración y análisis del riesgo de envío de información errónea, inexacta o inoportuna a los diferentes entes que la solicitan, como es el caso de la CGR mediante el aplicativo CHIP, teniendo en cuenta que son varios envíos de información que se realizan durante la vigencia y que esta debe ser información de calidad, con exactitud y completitud de los datos.
- 2) **Oportunidad de Mejora:** La Oficina de Control Interno genera una oportunidad de mejora respecto de los 12 cargos vacantes en planta, para que sean provistos de manera pronta con el fin de cumplir con los parámetros establecidos en la normatividad referente a las Plantas Temporales, Ley 909 de 2004.

Conclusiones

Verificados los soportes suministrados por la Secretaría General, se pudo evidenciar el cumplimiento en reporte anual del personal y costos, de conformidad a lo señalado en el artículo 41 de la resolución orgánica No. 0035 del 30 de abril de 2020 expedida por la Contraloría General de la República.

1.4.12 Seguimiento a Informe sobre convenios de Cooperación. - Seguimiento a los contratos o convenios vigentes para la Administración de Recursos. - Seguimiento al informe correspondiente a los pagos efectuados con cargo a los recursos entregados para la administración por terceros. Memorando No. 20231300013653 del 15 de mayo de 2023, No requiere respuesta.

El alcance previsto para esta actividad de aseguramiento conlleva la verificación de la ejecución y gestión en la vigencia 2022 y lo corrido del 2022, de los convenios celebrados por la entidad.

Observaciones

No se generan observaciones en el seguimiento.

Resumen observaciones

Producto de la evaluación realizada por parte de la Oficina de Control Interno y en atención al rol de asesoría, se presenta la siguiente oportunidad de mejora con el objetivo de que se analice su viabilidad en la formulación o no de acciones de mejora en pro del mejoramiento continuo del proceso:

Oportunidades de Mejora

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Se recomienda elaborar y suscribir entre las partes las actas de terminación de los convenios en los que se haya tomado la decisión de no continuar con su ejecución, señalando de manera general los logros obtenidos y aclaratorias de paz y salvo por todo concepto.

Esta información debe ser incluida en la carpeta Drive compartida como acción transitoria sobre la organización del archivo.

Conclusiones

Producto del seguimiento efectuado por parte de la Oficina de Control Interno a la ejecución de los convenios celebrados por la entidad, se pudo observar la mejora en la organización de la información de cada convenio suscrito por la entidad, actividad que fue ejecutada con el apoyo del Grupo de Gestión Documental de la entidad.

Adicionalmente, se evidenció un trabajo de seguimiento en la ejecución de los convenios por parte de la alta dirección, generando como resultado, el análisis y depuración de convenios con baja ejecución por lo que se toma la decisión de terminar de manera bilateral los mismos.

De acuerdo a lo anterior, se recomienda suscribir las respectivas actas donde se detallan los objetivos logrados en estos convenios y aclarar el estado de las obligaciones de las partes para establecer si quedan a paz y salvo; esta información debe reposar en la carpeta compartida creada para tal fin.

1.4.13 Seguimiento y Mantenimiento Mapa de Aseguramiento, Memorando No. 20231300012023 del 20 de abril de 2023, Memorando No. 20231300022493 del 27 de julio de 2023, No requiere respuesta (memorandos informativos).

Realizar el seguimiento al mapa de aseguramiento establecido por la entidad, y analizar el nivel de confianza de los controles implementados a través del mapa de aseguramiento.

el grupo de control interno, evidencio que los diez (10) Atributos de Función de Aseguramiento o Actividad de Control para la evaluación de confianza, presentan avance de las actividades de control.

Sin embargo, los siguientes atributos, no presentan oportunidad en la ejecución y/o falta de evidencia;

- **Gestión Financiera (Contabilidad- presupuesto-Tesorería):** El coordinador de gestión financiera validará mensualmente con el equipo de contribuciones a partir del mes de marzo, que el valor cobrado por concepto de tasa de contribución de la vigencia 2023.

Seguimiento OCI junio 2023: Para este seguimiento se evidenció el documento 20230330- Consolidado Cobro Tasa 2023 de fecha de actualización 31 de marzo de 2023. Sin embargo, es necesario indicar que la acción fue establecida para realizarse mensualmente a partir de marzo, por lo cual no se evidencian los informes de abril. Mayo, junio y del mes de julio (en curso).

- **Sistema de Gestión SST:** El Líder del Sistema de Seguridad y Salud del trabajo realiza informe cuatrimestral de seguimiento al plan de mejoramiento

generado en las auditorías del SST y/o implementación de lineamientos establecidos a la norma aplicable para posteriormente...

Seguimiento OCl junio 2023: *Se evidenció soporte de presentación en Power Point sobre seguimiento a las acciones de mejora diseñadas en materia SST, sin embargo, se observó que ninguna de las acciones ha sido ejecutada aún; no se evidenció socialización al Comité de Gestión y Desempeño para la toma de correctivos.*

De acuerdo a lo manifestado por el área, estas actividades deberán ejecutarse en el mes de agosto.

Esta oficina recomienda a todos los responsables de realizar manera oportuna las actividades y los respectivos registros de evidencias.

Oportunidad de Mejora - (Relacionada con la evaluación realizada)

- 1) **Oportunidad de Mejora:** Se evidencio que dos (2) Atributos de Función de Aseguramiento o Actividad de Control para la evaluación de confianza, no presentan oportunidad en la ejecución y/o falta de evidencia, por lo tanto, esta oficina recomienda a todos los responsables realizar de manera oportuna las actividades y los respectivos registros de evidencias.

1.4.14 Seguimientos de verificación Planes de Mejoramiento AGN. Oficio No. 20231300211451 y 20231300376091 del 16 de mayo y 16 de agosto de 2023, No requieren Respuesta.

En atención al cumplimiento del seguimiento al plan de mejoramiento archivístico efectuado por parte de la Oficina de Control Interno de la Superintendencia de la Economía Solidaria, se remitieron al Archivo General de la Nación – AGN, el tercer y cuarto informe trimestral a través del formato establecido para tal fin.

De igual forma, se adjuntaron en CD los soportes de los avances y ejecución de las acciones de mejora formuladas suministrados por parte del Grupo de Gestión Documental, los cuales se organizaron de acuerdo a la nomenclatura de cada hallazgo del informe.

- **Vigencia 2020:** continúan vigentes 5 planes de mejoramiento de un total de 42 suscritos, correspondiente a un 11.9%, los cuales están relacionados con las 4 acciones de mejora vencidas y las 39 acciones que permanecen abiertas.

De acuerdo con lo anterior, se relacionan a continuación los planes de mejoramiento que aún se encuentran vigentes y las acciones de mejora pendientes de finiquitar:

- Proceso gestión de infraestructura - Participación Ciudadana y Atención de PQRSD I Semestre 2020 (39 acciones).
- Proceso Mejoramiento Continuo (1 acción).
- Proceso Secretaría General - Inventarios Cafetería, Aseo Papelería, Parqueaderos (1 acción).
- Recursos Financieros (1 acción)
- Recursos Financieros - Gestión Presupuestal (1 acción).

- **Vigencia 2021:** continúan vigentes 4 planes de mejoramiento de un total de 50 suscritos, correspondiente a un 8%, los cuales están relacionados con 1 acción de mejora vencida y 4 abiertas.

De acuerdo con lo anterior, se relacionan a continuación los planes de mejoramiento que aún se encuentran con acciones pendientes de finiquitar:

- Auditoría Data Center (Centro de cómputo), cuartos de comunicación y backups (1 acción).
- Auditoría Recursos Financieros (1 acción).
- Evaluación de Sistemas de Gestión (1 acción).
- GSTI - Gestión de Servicios de TI (2 acciones).

- **Vigencia 2022:** continúan vigentes 16 planes de mejoramiento de un total de 34 suscritos, correspondiente a un 47%, los cuales están relacionados con 7 acciones de mejora vencidas y 21 abiertas.

transcurrido sin poder lograr su cumplimiento, lo cual repercute negativamente en el mejoramiento continuo y en el correcto desarrollo de los procesos de la entidad.

1.5 Otras Auditorias y Seguimientos

1.5.1. Evaluación y verificación del adecuado uso y manejo de Cajas Menores (Arqueos Caja Menor Viáticos y Caja Menor Bienes) julio de 2023



Se realizó los arqueos de la Caja Menor de Viáticos y Caja Menor Bienes y Servicios en el mes de Julio de 2023, en la que se verificó los soportes, evidenciando que todos los gastos de bienes y servicios se encuentran debidamente autorizados y legalizados con sus respectivos soportes y de acuerdo a la normatividad Vigente.

- Arqueo Realizado a la Caja Menor de Bienes y Servicios:
 - 18 de julio de 2023
- Arqueos Realizado a la Caja Menor de Viáticos:
 - 19 de julio de 2023

1.5.2 Elaboración Boletines Bimestrales OCI - Fomento de la Cultura de Control mayo, julio y septiembre de 2023. No requiere Respuesta.

Se divulgo y socializó por medio de los correos electrónicos institucionales de todos los funcionarios y contratistas de la Superintendencia los Boletines Nos. 03 de mayo, 04 de julio, 05 de septiembre de 2023, emitidos por la Oficina de Control Interno, los cuales contienen aspectos encaminados a la cultura del Autocontrol que debe tener cada servidor público, así:

Boletín No. 03 mayo 2023

-  Elementos de la medición y evaluación.
-  Herramientas de los autodiagnósticos.

Boletín No. 04 julio 2023

- ✚ Técnicas del Autocontrol.
- ✚ Manejo de las emociones.
- ✚ Clima organizacional.

Boletín No. 05 septiembre 2023

- ✚ Lineamientos del MECI
- ✚ Tips para la autogestión, auto regulación y autocontrol.

1.5.3 Actividades - Fomento de la Cultura de Control vigencia 2023. No requiere Respuesta.

Segunda campaña de Autocontrol: Actividad de Autocontrol "Apúntele al Autocontrol" realizada el 2 de julio de 2023.




Resultados Actividad Apúntele al Autocontrol

Agradecemos a todos los servidores públicos por **participar** en la actividad realizada el 2 de junio "Apúntele al Autocontrol".
Todos los funcionarios sumaron puntos solidarios individualmente.
Destacamos los que obtuvieron **mayor puntuación**.

Las sugerencias para mejorar el autocontrol en la Entidad, serán socializadas en el **próximo Boletín**, que emite la Oficina de Control Interno.

Nombre Funcionario	Puntos
Andrey Fabián Pinilla Rodríguez	300/300
César Camilo Velasco Pulido	300/300
Daniel Andres Cortés Cifuentes	300/300
Diana Marcela Forero Forero	300/300
Éliana Alejandra Gómez Fúquene	300/300
Ingríd Victoria Palacino Pereira	300/300
Liliana Paola Negrete Narváez	300/300
Maria Constanza Silva Sánchez	300/300
Martha Nohemy Arévalo Martínez	300/300
Nancy Viviana Rodríguez Romero	300/300
Sonia Constanza Diaz Riveros	300/300
Walter Velasco Soriano	300/300



Porque creo en
la transparencia
e **innovación**
en mi trabajo





1.5.4 Informe de Gestión (Informe de Actividades OCI) Radicado No. 20231300015713 del 25 de mayo de 2023. No requiere Respuesta.

Teniendo en cuenta que el artículo 6º del Decreto 648 de 2017, establece que le corresponde a la Oficina de Control Interno en cada entidad “Medir y evaluar la eficiencia, eficacia y economía de los demás controles adoptados por la entidad, así como asesorar y apoyar a los directivos en el desarrollo y mejoramiento del Sistema Institucional de Control Interno a través del cumplimiento de los roles establecidos”, mediante la formulación de recomendaciones y observaciones para lograr el cumplimiento de las funciones y objetivos misionales, se remitió al Superintendente informe de gestión de las actividades desarrolladas por la Oficina de Control Interno por el período comprendido entre el 1 de Octubre de 2022 y el 30 de abril de 2023

2. Seguimientos y verificación de los memorandos emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en el Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2015 a 2019 (Seguimiento al 19 de octubre de 2023).

Para el desarrollo de los programas de auditoría establecidos en las vigencias 2015 a 2019, la oficina de Control Interno radicó en el sistema de gestión documental eSigna los memorandos de solicitud de información e informes relacionados con las auditorías a los procesos, auditorías especiales, informes de Ley y/o seguimientos que se requerían.

De acuerdo con el seguimiento realizado al 19 de octubre de 2023 por la Oficina de Control Interno, se evidenció que existen cuarenta y cinco (45) radicados que aún no han sido finalizados en el sistema documental, por lo que esa Oficina solicita realizar una revisión o seguimiento por parte de las áreas involucradas sobre los mismos, de conformidad con el siguiente resumen de observaciones:

- Veintinueve (29) memorandos se encuentran sin respuesta.
- Seis (6) memorandos tienen memorandos de respuesta, los cuales no fueron remitidos por el gestor a la Oficina de Control Interno.

- Cinco (5) memorandos tienen proyecciones de respuestas, pero no fueron finalizadas.
- Dos (2) memorandos que presentan inserción de nota de cierre por parte de la OAPS continúan abiertos.
- Un (1) memorando fue erradamente direccionado a otra dependencia
- Un (1) memorando era informativo y no requería respuesta.
- Un (1) memorando no se pudo establecer en poder de quien se encuentra.

Se adjunta relación de los memorandos (Anexo 6)

3. Seguimientos memorandos emitidos por la Oficina de Control Interno pendientes de cierre, aclaración o respuesta en el Sistema de Gestión Documental eSigna – Vigencia 2022 y 2023, seguimiento y corte al 19 de octubre de 2023.

Teniendo en cuenta que para el desarrollo de los programas de auditoria de las vigencias 2022 y 2023, la oficina de Control Interno radicó en el sistema de gestión documental eSigna los memorandos que corresponden a las solicitudes de información e informes relacionados con las auditorías a los procesos, auditorias especiales, informes de Ley y/o seguimientos, a continuación se presentan las principales observaciones sobre el estado de los memorandos sobre los cuales se requiere realizar una revisión o seguimiento por parte de las áreas involucradas, para conocimiento de los miembros del comité:

De los treinta y cinco (35) radicados pendientes de cierre incluidos en este anexo:

- Dieciocho (18) memorandos han sido contestados por los líderes de los procesos o funcionarios responsables, y únicamente se encuentra pendiente la solicitud de cierre de los mismos por parte del área responsable a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.
- Doce (12) memorandos se encuentra dentro del plazo establecido.

- Tres (3) memorando se encuentran pendientes de respuesta.
- Un (1) memorando se cerrarán por parte del auditor una vez se terminó la auditoria que se está adelantando.
- Un (1) memorando se encuentra pendiente de firma, pero la respuesta fue remitida por correo electrónico.

Se adjunta relación de los memorandos radicados por la Oficina de Control Interno en el Sistema documental eSigna sobre las cuales se requiere realizar una revisión o seguimiento por el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2022 a 19 de octubre de 2023, solicitándoles a los líderes de los procesos dar respuesta a los mismos o establecer las acciones correspondientes para finalizar los mismos en el sistema documental (Anexo 7).

4. Programa Anual de Auditoria - Vigencia 2023.

De acuerdo con lo establecido en el literal b. del artículo 2º. de la Resolución No. 2022130002535 del 17 de mayo de 2022 de la Superintendencia de la Economía Solidaria, corresponde al Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la Superintendencia *“aprobar el Plan Anual de Auditoría de la entidad presentado por el jefe de control interno o quien haga sus veces, hacer sugerencias y seguimiento a las recomendaciones producto de la ejecución del plan de acuerdo con lo dispuesto en el estatuto de auditoría, basado en la priorización de los temas críticos según la gestión de riesgos de la administración.”*

La jefe de Control Interno de la entidad presentará a los miembros del comité para su modificación y aprobación, el Programa Anual de Auditoría de la vigencia 2023, en el cual se incluyen los cambios realizados en las fechas de presentación de algunos informes.

De acuerdo a lo anterior, se presentará para aprobación de los miembros del comité el Programa Anual de Auditoría propuesto y ajustado (Anexos 8 y 9)

