

 <b>Supersolidaria</b> <small>Superintendencia de la Economía Solidaria</small>	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

<b>FECHA DE EMISIÓN DEL INFORME</b>	<b>Día:</b>	31	<b>Mes:</b>	03	<b>Año:</b>	2022
-------------------------------------	-------------	----	-------------	----	-------------	------

<b>Unidad Auditada:</b>	Proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI)
<b>Dependencia(s):</b>	Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
<b>Líder de la Unidad Auditada (Nombre y Cargo)</b>	ROBIN ANDREY SUAREZ TOSCANO - Jefe de Oficina Asesora de Planeación y Sistemas
<b>Objetivo de la Auditoría:</b>	Evaluar la eficacia y eficiencia del Proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), a través del acompañamiento, asesoría, evaluación y seguimiento a su gestión, procurando por un mejoramiento continuo del mismo.
<b>Alcance de la Auditoría:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar a cabo la verificación de la gestión de los riesgos asociados al proceso, la aplicación de puntos de control y su efectividad, así como el cumplimiento de la normatividad vigente y procedimientos relacionados, por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, para lo correspondiente a la vigencia 2021.</li> <li>• Políticas de Seguridad de la Información.</li> <li>• Modelo de seguridad y privacidad de la información (MSPI).</li> <li>• Verificación sobre la aplicación y cumplimiento de los lineamientos del DAFP, indicados en la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno.</li> <li>• Verificación del cumplimiento de las políticas de gestión documental.</li> </ul>
<b>Criterios de la Auditoría:</b>	Caracterización del proceso Mapa de riesgos Institucional Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (PETI 2019 – 2022) Riesgos Tecnológicos Decreto 612 de 2018 del DAFP Decreto 1083 de 2015 del DAFP MPSI, Manual de Gobierno Digital, del MinTIC NTC ISO/IEC 27001 Metodología para la Evaluación de Riesgos - MT-PLES-001 COBIT – Versión 5, ITIL

Reunión de Apertura			Ejecución de la Auditoría									Reunión de Cierre		
Día	Mes	Año	Desde	Día	Mes	Año	Hasta	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
14	03	2022		16	03	2021		25	03	2022	31	03	2022	

Jefe oficina de Control Interno	Auditor
Mabel Astrid Neira Yepes	Jorge Armado Marimón Acosta Contratista

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

## I. DECLARACION

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

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

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

## II. COMPROMISO DEL AUDITADO

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

## III. NOTA DE SEGURIDAD Y CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

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

## IV. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la auditoría efectuada al proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), teniendo en cuenta el objetivo y alcance mencionados anteriormente, los cuales fueron presentados a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas a través del memorando 20221300008983 del 10 de febrero de 2022, y reiterados en la reunión de instalación de la auditoría, llevada a cabo el día 14 de marzo de 2022, se desarrollaron las siguientes actividades:

- a) Entendimiento del proceso: se realizó la comprensión del proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), a través de su caracterización, identificando su objetivo, alcance, entradas y salidas del proceso y la verificación de la documentación relacionada, efectuando consulta a través del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad; así mismo, validando la normatividad vigente relacionada al proceso, los riesgos asociados al proceso, los controles definidos para su

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

mitigación y los soportes de su ejecución, de acuerdo a la Matriz de Evaluación de Riesgos Institucionales.

- b) Diseño del plan de auditoría: Se estableció la programación del plan de trabajo para el desarrollo de la auditoría, de modo que permitiera lograr el objetivo propuesto.
- c) Reunión de apertura: Teniendo en cuenta la situación de emergencia sanitaria del país, ocasionada por el COVID19, la apertura de la auditoría se realizó el día 14 de marzo de 2022, a través de reunión virtual, en la cual se describió la metodología a utilizar, así mismo se indicó el alcance dado a la misma y se presentó a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas la programación de la actividad.
- d) Obtención y análisis de la información: Se realizó solicitud a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, de la información relacionada con el proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), soportes de ejecución de actividades definidas en el mapa de riesgos institucionales y en la caracterización del proceso, evidencias de la formalización de las Políticas de seguridad de la información, estado de implementación del Modelo de seguridad y privacidad de la información (MSPI), solicitud de Indicadores de avances y resultados del PETI, evidencias del cumplimiento de las políticas de gestión documental, entre otros aspectos.
- e) Ejecución de pruebas: Se realizó la verificación sobre los soportes recopilados de las actividades de desarrollo del proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), comprobación de la aplicación de controles para los riesgos relacionados al proceso, verificación sobre la aplicación y cumplimiento de los lineamientos establecidos en el MECI, indicados por el DAFP en la Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, tomando como criterio la caracterización del proceso, la normatividad relacionada al proceso como lineamientos del MinTIC, del DAFP, Decreto 1078 de 2015 Único Reglamentario del Sector de las TIC y estándares como COBIT, ISO e ITIL.
- f) Definición de observaciones y recomendaciones: Surgieron producto de la comparación entre el estado correcto del requisito (criterio) y el estado actual, socializando cada uno de ellos con el líder del proceso y personal a cargo de la gestión.

### RIESGOS EVALUADOS (Riesgos evaluados en el proceso de auditoría)

La Oficina de Control Interno verificó la Matriz de Riesgos Institucionales y la caracterización del proceso, para identificar los riesgos asociados al proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), donde se encontraron relacionados los siguientes dos (2) riesgos:

1. GETI-1 Ineficiente planeación estratégica en TIC.
2. GETI-2 Incumplimiento a lineamientos normativos y técnicos aplicables a la entidad.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

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

### 1. Descripción del proceso (Objetivo)

Promover el uso y aprovechamiento de las tecnologías de la información y las comunicaciones, para contribuir al desarrollo del modelo operacional y a la generación de valor público, en un entorno de confianza digital.

### 2. Detalle de las validaciones realizadas

Se validó el formato diligenciado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, durante la etapa de Identificación de Riesgos para el proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), encontrando lo siguiente:

Riesgos identificados					
No	Descripción	Tipo de riesgo	Causas	Consecuencias	Riesgo Inherente
1	Ineficiente planeación estratégica en TIC	Riesgo Estratégico	Desarticulación de planes institucionales	1. Detrimento patrimonial 2. Incumplimiento de marco estratégico institucional 3. Decisiones inadecuadas en TIC 4. Afectación de la confianza institucional	Extremo
2	Incumplimiento a lineamientos normativos y técnicos aplicables a la entidad	Riesgo Normativo, Legal o de Cumplimiento	Desconocimiento de lineamientos	1. Sanciones disciplinarias 2. Pérdida de confianza en el sector 3. Bajo Índice de Desempeño Institucional	Extremo

Es relevante señalar que la identificación de estos riesgos conlleva sus respectivas actividades de control, que van desde seguimientos y monitoreos trimestrales realizados por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, de acuerdo a la metodología definida por la entidad, así como también de actividades de verificación a partir de las auditorías a procesos que realiza la Oficina de Control Interno.

<b>ELABORADO POR</b>	<b>REVISADO POR</b>	<b>APROBADO POR</b>
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

 <b>Supersolidaria</b> <small>Superintendencia de la Economía Solidaria</small>	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

Al revisar la valoración dada para los riesgos del proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), y posterior a la aplicación de controles, se pudo observar lo siguiente:

ID Riesgo	Riesgo	Controles	Acciones	Riesgo Residual
				Nivel de Riesgo
GETI-1	Ineficiente planeación estratégica en TIC	El jefe de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas actualiza anualmente el Plan Estratégico de Tecnologías de la Información - PETI teniendo en cuenta los planes institucionales de TI y los lineamientos de TI impartidos por el MINTIC, el cual debe aprobarse por Comité Institucional de Gestión de Desempeño por medio de acta.	El profesional especializado y/o contratista designado actualiza en Isolución el procedimiento PR-GETI-001 Análisis de soluciones de TI y los formatos asociados.	Moderado
GETI-2	Incumplimiento a lineamientos normativos y técnicos aplicables a la entidad	El Profesional especializado de TI y/o contratista designado actualiza la Matriz de Requisitos Legales de los procesos de Gestión Estratégica de Tecnologías de la Información - GETI y Gestión de Servicios de Tecnologías de la Información - GSTI cuando se evidencie nueva normatividad con relación a la parte tecnológica. Una vez actualizada, se remite al área competente para su revisión y cargue en Isolución.	Realizar seguimiento a la política de gobierno digital dispuesta por MinTIC	Moderado

## SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL PROCESO

La oficina de Control Interno evidenció que la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, durante cada trimestre de la vigencia 2021, realizó seguimiento a la Matriz de Riesgos asociados al proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), para lo cual fue posible identificar lo siguiente:

- Para el primer trimestre del 2021, el líder del proceso no reportó observaciones frente a la materialización del riesgo y a la detección de situaciones que conllevaran a documentar alertas tempranas durante este periodo. Dentro del monitoreo realizado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, se registró que fue reportada la información y que realizaron apoyo mediante reunión del día 29 de marzo de 2021. Igualmente, registraron que las actividades de

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

control asociadas a los riesgos GETI-1 y GETI-2 estaban programadas para ejecutarse a partir del segundo trimestre de la vigencia.

Por parte de la Oficina de Control Interno se validó lo anterior, identificando que efectivamente las acciones estaban programadas para iniciarse a partir del 1 de abril de 2021, sin embargo, se identificó que el líder del proceso registró haber ejecutado durante el mes de marzo de 2021, la ejecución de una acción de control relacionada al riesgo GETI-2, que tuvo que ver con la realización del autodiagnóstico a la política de gobierno digital, documento que efectivamente se pudo evidenciar.

- Para el segundo trimestre del 2021, el líder del proceso reportó que no se presentó materialización de los riesgos ni se detectaron situaciones que conllevaran a generar alertas tempranas. En el informe de monitoreo a los riesgos del proceso, la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas registró para ambos casos, que el reporte de seguimiento estuvo acorde a las acciones establecidas y con las evidencias. Adicionalmente, registró que “para este periodo no se realizan observaciones frente al análisis del riesgo, ya que desde la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas se están adelantando acciones para actualizar la política y metodología de riesgos de la Superintendencia atendiendo a las nuevas directrices dadas por función pública a través de la Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas versión 5 del 28 de diciembre de 2020”.

Por parte de la Oficina de Control Interno se validó lo anterior, identificando que para el riesgo GETI-1 no se ejecutaron acciones durante los meses de abril y mayo de 2021, mientras que durante el mes de junio se actualizaron los formatos FT-GSTI-008 Creación, modificación y eliminación usuarios y roles, y FT-GSTI-003 Ingreso al centro de cómputo. Estos formatos se encuentran formalizados en el Sistema de Gestión de Calidad de la entidad (Isolución). En relación al riesgo GETI-2, se evidenció para el mes de abril, el documento de Excel - Brechas Gobierno Digital 2021, en el cual, el líder del proceso actualizó el diagnóstico de gobierno digital conforme a las brechas identificadas en el reporte efectuado en el año 2020 y las recomendaciones de la Función Pública. Se evidenció para el mes de mayo, el documento de Excel - Revisión Seguridad Digital - Reunión 05-05-2021, en el cual, el líder del proceso revisó el plan de trabajo de seguridad con relación a las brechas de gobierno digital, y realizó reuniones para acordar el plan de trabajo y las acciones a realizar durante la vigencia 2021, para lograr avanzar en el componente de Seguridad del Furag. Para el mes de junio de 2021, se evidenció el documento Word - Evidencias Plan de Mejoramiento, a través del cual se relacionan las evidencias para subsanar las acciones de mejora suscritas en el plan de mejoramiento del seguimiento a la Ley de Transparencia realizado en la vigencia 2020, soportes que igualmente fueron corroborados y aprobados por la Oficina de Control Interno, durante el seguimiento a la Ley de Transparencia realizado en la vigencia 2021.

- Para el tercer trimestre del 2021, el líder del proceso reportó a través de la matriz Seguimiento Mapa de Riesgos Institucionales, que no se presentó materialización de algún riesgo, ni se detectaron situaciones que conllevaran a generar alertas tempranas, lo que fue ratificado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, a través de su informe de monitoreo.

Por parte de la Oficina de Control Interno se validó lo anterior, identificando que para el riesgo GETI-1, durante el mes de julio se adelantó el diseño del formato para el control de cambios y

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Roció Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

que aún se encuentran en proceso de pruebas para identificar las mejoras a realizar. Durante el mes de agosto y septiembre, se evidenció que se trabajó en la actualización y formalización del procedimiento de PR-GSTI-001 Gestionar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de los servicios TI . A pesar que no se evidenció el soporte de la solicitud de formalización de dicho procedimiento, fue posible observar que el mismo fue aprobado en Isolución el día 8 de octubre de 2021. En relación al riesgo GETI-2, para el mes de julio se evidenció el documento Plan de Acción FURAG - MIPG - Gobierno Digital y Seguridad Digital, donde definieron el plan de acción para disminuir las brechas de la política de Gobierno Digital y Seguridad Digital, el cual fue cargado en ISOLUCION para su respectivo seguimiento. Para el mes de agosto se evidenció la actividad para la definición del programa de disposición final de residuos tecnológicos, y dar cumplimiento a la política de Gobierno Digital, logrando observar que el mismo fue aprobado en Isolución el día 2 de octubre de 2021. Durante el mes de septiembre, se evidenció la revisión y ajustes de accesibilidad en la página web de la entidad, para dar cumplimiento a los lineamientos de usabilidad, Transparencia y acceso a la Información Pública, y al anexo 1 de la Resolución 1519 del 2020.

- Para el cuarto trimestre del 2021, el líder del proceso reportó a través de la matriz Seguimiento Mapa de Riesgos Institucionales, que no se presentó materialización de algún riesgo, ni se detectaron situaciones que conllevaran a generar alertas tempranas, lo que fue ratificado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, a través de su informe de monitoreo.

Por parte de la Oficina de Control Interno se validó lo anterior, identificando que para el riesgo GETI-1, durante el mes de octubre se realizó revisión y ajustes sobre las políticas de seguridad de la información, evidenciando los soportes de los archivos en Word de dichos documentos. Para el mes de noviembre se evidenció la actualización del formato FT-GETI-002 Formato matriz de necesidades técnicas, aprobado en Isolución el día 25 de noviembre de 2021. Para el mes de diciembre se evidenció la aprobación de las políticas de seguridad en Isolución, el día 6 de diciembre de 2021. En relación al riesgo GETI-2, para el mes de octubre, a través del documento Excel - Accesibilidad Nivel AA - Página web, se evidenció el seguimiento a la política de gobierno digital, para dar cumplimiento a temas de accesibilidad de la página web y al anexo 1 de la Resolución 1519 del 2020. Para el mes de noviembre, se evidenció el soporte PDF - 115 Evidencia Usabilidad Página Web, por medio del cual se realizó la revisión y cumplimiento a los requisitos de usabilidad definidos en la política de gobierno Digital. Para el mes de diciembre, se evidenció los soportes de la documentación de los manuales funcionales para los aplicativos Balance social, Multas y sanciones y contribuciones, formalizados en el Isolución de la siguiente manera: IN-GSTI-004 Instructivo para el uso del sistema de multas y sanciones por administrador, IN-GSTI-005 Instructivo para el uso del sistema de multas y sanciones por el usuario, IN-GSTI-006 Instructivo de uso del sistema web balance social, IN-GSTI-007 Instructivo para el uso del sistema de contribuciones.

## SEGUIMIENTO A LA CARACTERIZACIÓN DEL PROCESO

- a) Se realizó verificación de la caracterización del proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), de fecha 14 de diciembre de 2020, así mismo se tuvo en cuenta la caracterización vigente en Isolución, de fecha 10 de diciembre de 2021, identificando las entradas y salidas del proceso, los riesgos asociados y los controles definidos para su

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

mitigación, y validando las actividades implementadas de acuerdo a los soportes remitidos por el líder del proceso.

b) Al validar la caracterización inicial del proceso y comparar con la actualización que se encuentra vigente en Isolución, fue posible determinar que en la última actualización se realizó la inclusión de las políticas relacionadas con la seguridad de la información, para lo cual se realiza validación de ejecución de las salidas del proceso, encontrándose los siguientes soportes:

- Plan de acción anual del proceso: se evidenció documento diseñado sobre el formato FT-PLS-066, conteniendo 7 actividades las cuales tenían porcentaje del 99.3% de ejecución al finalizar el cuarto trimestre de 2021. Estas actividades corresponden a:
  - Actualizar el inventario de activos de información, articulado con el nuevo mapa de procesos de la entidad.: fue posible observar los soportes de su ejecución, a través de documentos como “Activos de Información 2021”, “PO-GETI-006 Política de gestión de activos de información”.
  - Mantenimiento de UPS de la SES: se evidenció su realización a través del documento INFORME DE MANTENIMIENTO UPS Y PLANTA SUPERSOLIDARIA del Contrato CMC 306-2021, de fecha 29 de noviembre de 2021.
  - La consecución de una herramienta administrativa para la gestión de cuentas de cobro de contratistas: se evidenció la realización de la actividad, por medio de la carpeta de soportes del Sistema de Información Klic (Plataforma de Administración de Cuentas de Cobro), de la Agencia Nacional de Tierras, donde se observaron soportes de la gestión ante la ANT para la cesión de la aplicación y la respuesta afirmativa de dicha entidad. Sin embargo, también es evidente que en la Supersolidaria no se ha realizado a la fecha la implementación de este sistema de información, por lo cual, la Oficina de Control Interno realiza la recomendación dentro de este informe, para que se de prioridad a la puesta en producción de este aplicativo, con el fin de mejorar y fortalecer el proceso de gestión de las cuentas de cobro.
  - Desarrollar la segmentación e identificación de los trámites solicitados por la Delegatura Asociativa: se evidenció el cumplimiento de esta actividad a través del documento INFORME TRIMESTRAL OCTUBRE A DICIEMBRE ACTIVIDADES DE DESARROLLO ESIGNA, donde se realizó la actualización de la versión de la plataforma eSigna y la puesta en producción de las funcionalidades del módulo de PQRDSF.
  - Plan de mejoramiento de la infraestructura de eSigna: se evidenció soportes de mejoras aplicadas sobre la infraestructura donde se aloja la Plataforma eSigna, como es el caso del aumento de la memoria RAM al servidor de aplicación y el aumento de la unidad lógica, con el fin de mejorar su desempeño, lo cual quedó registrado a través del formato de Control de Cambios, de fecha 30 de septiembre de 2021 y de fecha 1 de octubre de 2021, respectivamente.
  - Implementación nueva versión APP móvil: se evidenció carpeta de soportes de avance en el diseño de la Aplicación Móvil Supersolidaria y la nota registrada por la Oficina

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno



	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

Asesora de Planeación y Sistemas, en la que señala que “debido a inconvenientes con la nueva versión de Android, se adelantan los trabajos necesarios desde la parte técnica con el fin de publicar la aplicación móvil en la tienda de Google, por tal motivo la actividad queda en un 95 % de avance”. Teniendo en cuenta que esta actividad debía completarse en su totalidad al 31 de diciembre de 2021 y no fue posible finiquitar, se registra lo anterior en el presente informe en la sección OBSERVACIONES DE LA AUDITORIA (Principales Situaciones Detectadas), con el fin que se programen y ejecuten las acciones necesarias para lograr cumplir al 100% esta actividad y poder dar cumplimiento en su totalidad al plan de acción de la vigencia 2021.

- Levantamiento del proceso de registro único con mejoras propuestas y políticas a definir: se evidenció la realización de la actividad, tal cual como fue planteada, a partir del análisis del proceso actual, el levantamiento de la documentación y la identificación de Políticas y mejoras para el proceso de Registro Único.
- Informe de soluciones de TI: se evidenció el documento PDF - Informe Soluciones de TI, en el cual se relacionan los logros y actividades relevantes que se ejecutaron.
- Lineamientos y estándares para la Gestión de TI: por parte de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, fueron allegados los documentos de las políticas de seguridad de la información, que fueron oficializados a través del Sistema de Gestión de Calidad (Isolución) en diciembre de 2021.
- Informe de evaluación de lineamientos: De acuerdo a lo informado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, esta actividad está en proceso de eliminación dentro de la caracterización del proceso, razón por la cual no hubo evidencia de su realización durante la vigencia 2021, por lo que se registra lo anterior en el presente informe en la sección OBSERVACIONES DE LA AUDITORIA (Principales Situaciones Detectadas), con el fin que se realicen las actualizaciones que correspondan sobre la caracterización del proceso.
- Informe de Gestión: se evidenció el documento PDF - Informe de Gestión- GETI, en el cual se presenta un resumen de las actividades realizadas y el estado de avance de los proyectos gestionados por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas.
- Reporte y análisis de medición de indicadores: se evidenció el estado de avance de las actividades para el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica de la entidad, programadas en el PETI 2019 – 2022, de las cuales a la fecha están implementadas 14 subactividades, 10 se encuentran en desarrollo, mientras que 5 se encuentran detenidas, y otras 7 aún están pendientes de iniciar su desarrollo, correspondiente a un porcentaje de implementación del 39%, lo cual a la fecha resulta bajo.
- Reporte de seguimiento a riesgos: se evidenció el archivo FT-PLES-022 Seguimiento mapa de riesgos institucionales – GETI, a través del cual la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas registró que no hubo materialización de algún riesgo del proceso y las acciones realizadas durante los cuatro trimestres de la vigencia 2021.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

La Oficina de Control Interno realizó validación de los respectivos soportes de estas acciones, lo cual fue registrado anteriormente en el presente informe, en la sección “SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL PROCESO”.

- Acciones de mejora gestionadas: la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas informó que “Las acciones de mejora están asociadas a aquellas suscritas en los planes de mejoramiento y en el plan de acción FURAG, disponible en ISOLUCION”. La Oficina de Control Interno en la vigencia anterior efectuó revisión de los planes de mejoramiento suscritos por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, producto de las auditorias e informes en general, realizados para dar cumplimiento al Programa Anual de Auditoría programado en cada vigencia, evidenciando de manera general que se viene dando cumplimiento a lo suscrito.

## **POLÍTICAS DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN Y POLÍTICAS DE TI**

La Oficina de Control Interno realizó verificación de la oficialización e implementación en la entidad, de las Políticas de Seguridad de la Información y Políticas para la Gestión de TI, logrando observar que el 6 de diciembre de 2021 fueron formalizadas un total de 13 políticas en el Sistema de Gestión de Calidad (Isolución), las cuales se relacionan a continuación:

- PO-GETI-001 Política de Backup y Restauración
- PO-GETI-002 Política de control de acceso
- PO-GETI-003 Política de seguridad y privacidad de la información
- PO-GETI-004 Políticas de adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas de información
- PO-GETI-005 Políticas de criptografía
- PO-GETI-006 Política de gestión de activos de información
- PO-GETI-007 Políticas de gestión de incidentes de seguridad de la información
- PO-GETI-008 Políticas de la organización de la seguridad de la información
- PO-GETI-009 Políticas de relación con los proveedores
- PO-GETI-010 Políticas de seguridad de las comunicaciones
- PO-GETI-011 Políticas de seguridad de las operaciones
- PO-GETI-012 Políticas de seguridad de los recursos humanos
- PO-GETI-013 Políticas de seguridad física y el entorno

La Oficina de Control Interno evidenció que estas políticas fueron aprobadas por el Comité de Gestión y Desempeño, mediante Acta No. 21 del 30 de noviembre de 2021, sin embargo, se sugiere que se lleven a cabo actividades de socialización, para que estas políticas sean conocidas al interior de la entidad y sean aplicadas por todos los funcionarios y contratistas, por lo cual se plantea esta recomendación dentro del presente informe, en la sección Oportunidades de Mejora (Relacionada con la evaluación realizada).

## **VERIFICACIÓN DE LINEAMIENTOS DEL MECI, INDICADOS POR EL DAFP EN LA EVALUACIÓN INDEPENDIENTE DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

La Oficina de Control Interno realizó verificación al cumplimiento de la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, respecto a los lineamientos específicos del Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno, aplicables al proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), validando la aplicación de las directrices.

<b>ELABORADO POR</b>	<b>REVISADO POR</b>	<b>APROBADO POR</b>
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

 <b>Supersolidaria</b> <small>Superintendencia de la Economía Solidaria</small>	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

De acuerdo a lo anterior, se pudo evidenciar lo siguiente en el Sistema de Gestión de Calidad de la entidad (Isolución):

COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECÍFICO	DOCUMENTOS DE SOPORTE
10. La entidad 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.	10. Diseño y desarrollo de actividades de control (Integra el desarrollo de controles con la evaluación de riesgos; tiene en cuenta a qué nivel se aplican las actividades; facilita la segregación de funciones).	10.3 El diseño de otros sistemas de gestión (bajo normas o estándares internacionales como la ISO), se integran de forma adecuada a la estructura de control de la entidad.	PO-GETI-001 Política de Backup y Restauración PO-GETI-002 Política de control de acceso PO-GETI-003 Política de seguridad y privacidad de la información PO-GETI-004 Políticas de adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas de información PO-GETI-005 Políticas de criptografía PO-GETI-006 Política de gestión de activos de información PO-GETI-007 Políticas de gestión de incidentes de seguridad de la información PO-GETI-008 Políticas de la organización de la seguridad de la información PO-GETI-009 Políticas de relación con los proveedores PO-GETI-010 Políticas de seguridad de las comunicaciones PO-GETI-011 Políticas de seguridad de las operaciones PO-GETI-012 Políticas de seguridad de los recursos humanos PO-GETI-013 Políticas de seguridad física y el entorno

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Roció Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

 <b>Supersolidaria</b> <small>Superintendencia de la Economía Solidaria</small>	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

COMPONENTE MECI	LINEAMIENTO	LINEAMIENTO ESPECÍFICO	DOCUMENTOS DE SOPORTE
<p>14. Este componente verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan 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.</p> <p>Se requiere que todos los servidores de la entidad reciban un claro mensaje de la Alta Dirección sobre las responsabilidades de control. Deben comprender su función frente al Sistema de Control Interno.</p>	<p>14. Comunicación Interna (Se comunica con el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno o su equivalente; Facilita líneas de comunicación en todos los niveles; Selecciona el método de comunicación pertinente).</p>	<p>14.2 La entidad cuenta con políticas de operación relacionadas con la administración de la información (niveles de autoridad y responsabilidad)</p>	<p>PO-GETI-003 Política de seguridad y privacidad de la información  PO-GETI-006 Política de gestión de activos de información  PO-GETI-007 Políticas de gestión de incidentes de seguridad de la información  PO-GETI-008 Políticas de la organización de la seguridad de la información</p>

### REVISIÓN Y VERIFICACIÓN DEL PETI 2019 – 2022

Se observó que en el PETI 2019-2022 se encuentran diseñado a partir de 12 iniciativas, las cuales se relacionan a continuación:

- IPGD001 Datos maestros y de referencia
- IPGD002 Almacenamiento y operación de datos
- IPGD003 Datawarehousing y BI
- IPGD004 Fortalecimiento en el uso de los sistemas de información existentes
- IPGD005 Rediseño de la página web e intranet

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Roció Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

- IPGD006 Gestión de trámites integrada
- IPGD007 Automatización de procesos e intercambio de información
- IPGD008 Escritorios virtuales
- IPGD009 Capturador en la nube
- IPGD010 Data Center
- IPGD011 Sistema de información para la gestión de activos tecnológicos
- IPGD012 Renovación tecnológica - Fortalecimiento de la conectividad

Contiene un total de 21 actividades, distribuidas en 36 subactividades, de las cuales se evidenció que solo 14 se encuentran implementadas, 10 se encuentran en curso, 5 se encuentran detenidas, y para 7 no se ha dado inicio a su desarrollo, correspondiente a un porcentaje de implementación del 39%, lo cual a la fecha resulta bajo, en atención a que se tiene hasta final de la vigencia en curso para lograr el 100% de su cumplimiento.

En concordancia con lo señalado en el presente informe, respecto al estado actual del Plan Estratégico de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones - PETI, y teniendo en cuenta que la programación del mismo finaliza en la vigencia en curso, se recomienda que se realice una priorización de las actividades programadas y que a la fecha no se han podido completar por cualquier circunstancia, con el fin de que se logre ejecutar de forma oportuna lo programado dentro del PETI 2019 – 2022 y evitar incumplimientos. Esta situación se registra dentro de la sección Oportunidades de Mejora del presente informe, con el fin que se implementen las acciones necesarias para lograr el cumplimiento total de lo programado dentro de los plazos establecidos.

## **MODELO DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN (MSPI)**

La Oficina de Control Interno solicitó a la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, informar acerca del autodiagnóstico del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información (MSPI), recibéndose como soporte la herramienta proporcionada por el MinTIC, para medir en las entidades el nivel de madurez del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información, a través del cual se pudo identificar lo siguiente:

De las 14 cláusulas de control que componen el anexo A de la Norma Técnica Colombiana ISO/IEC 27001:2013, fue posible evidenciar que se presentan debilidades en la efectividad de los controles definidos para algunos dominios de la norma, teniendo en cuenta que la autocalificación asignada es menor al 50%, como ocurre en los siguientes casos:

A.7 SEGURIDAD DE LOS RECURSOS HUMANOS

A.8 GESTIÓN DE ACTIVOS

A.14 ADQUISICIÓN, DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DE SISTEMAS

A.16 GESTIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Adicionalmente, se pudo evidenciar que el porcentaje de avance en los componentes del MSPI en la entidad es bajo, tomando como referencia el 29% señalado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas en el Instrumento de identificación de la Línea Base de Seguridad. Teniendo en cuenta los nuevos plazos establecidos por el MinTIC para la implementación del MSPI en las entidades de orden nacional, a partir de la Resolución 01126 del 14 de mayo de 2021, se registra esta situación dentro de la sección de Oportunidades de Mejora del presente informe, con el fin que se establezcan

<b>ELABORADO POR</b>	<b>REVISADO POR</b>	<b>APROBADO POR</b>
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

estrategias que posibiliten la oportuna implementación al 100% del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información en la entidad.

## COMPONENTE GESTIÓN DOCUMENTAL

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

Es importante señalar que este instrumento archivístico se elabora para cada área de la entidad, acorde con los lineamientos emitidos por el Archivo General de la Nación (AGN) en cumplimiento del artículo 24 de la Ley 594 de 2000 (Ley General de Archivos) frente a la obligatoriedad de la adopción de las Tablas de Retención Documental por parte de las entidades del Estado.

En ese sentido, se observó que se aportaron las versiones de TRD de los años 2003, 2005 y 2015, con lo cual se evidencia que se tiene claridad sobre la existencia del instrumento archivístico y de las diferentes versiones que deben ser empleadas para la organización de los archivos de gestión, acorde con los diferentes periodos de tiempo sobre los cuales se han producido los documentos. Ello contribuye al efectivo cumplimiento de la normatividad archivística referida anteriormente.

Vale la pena señalar la salvedad sobre las fechas relacionadas para la aplicación de este instrumento archivístico, dado que dichas fechas se establecen teniendo en cuenta la información proporcionada por los actos administrativos de aprobación de cada una de las versiones del instrumento.

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

El proceso auditado remitió el archivo PDF titulado “20211105\_FUID\_TRANSFERENCEIA DOC\_OFICINA\_PLANAACION\_SISTEMA” tiene el registro de los documentos que fueron transferidos al Archivo Central en la vigencia 2021, lo cual no equivale a lo solicitado en este requerimiento.

Es de aclarar que el diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental – FUID debe contener el registro de todos los documentos que se encuentran en gestión dentro del proceso, en concordancia con lo estipulado en el artículo 26 de la Ley 594 de 2000: “... *Es obligación de las entidades de la Administración Pública elaborar inventarios de los documentos que produzcan en ejercicio de sus funciones, de manera que se asegure el control de los documentos en sus diferentes fases*” y en concordancia con la normatividad archivística que desarrolla este artículo como el Acuerdo Archivo General de la Nación – AGN – 038 de 2002 y el Acuerdo AGN 042 de 2002.

De igual manera, la Supersolidaria documentó esta actividad mediante el procedimiento PR-GEDO-005 Administración de los archivos de gestión y transferencias documentales primarias, en donde se indicó en el numeral 4 del apartado Generalidades y/o políticas de operación que “*el respectivo*

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

*jefe de cada dependencia será el responsable de velar por la organización, consulta, conservación y custodia del archivo de gestión de su dependencia, área o proceso*”; incluyendo la elaboración y actualización de los inventarios documentales, como se señaló en el numeral 14 del apartado en mención.

En ese sentido, la elaboración de los inventarios documentales al interior de los archivos de gestión se debe desarrollar a lo largo de la producción, gestión, organización, conformación, consulta, conservación y custodia de los documentos que tramita el área; también se elaboran inventarios documentales cuando se van a realizar transferencias documentales primarias al Archivo Central, cuando se va a realizar la eliminación de documentos de apoyo y/o duplicidad, cuando se retira y/o desvincula los funcionarios y contratistas del área. Para cada una de estas situaciones se debe realizar el inventario usando el formato autorizado a través del aplicativo de gestión de calidad Isolución con código FT-GEDO-008 y siempre descargar la versión actualizada para su diligenciamiento.

Por ello, el archivo en PDF remitido denominado “20211105\_FUID\_TRANSFERENCIA DOC\_OFICINA\_PLANAACION\_SISTEMA” corresponde, efectivamente, al inventario de transferencia documental realizado en el año 2021, en cumplimiento al plan de transferencias vigencia 2021, mas no se constituye en evidencia de este requerimiento, puesto que es un inventario de transferencia documental, no de Archivo de Gestión.

Por lo anterior, se considera que las evidencias remitidas no son suficientes para establecer si se cumple con el requerimiento en mención, y, por lo tanto, se levanta la siguiente observación: Elaboración de inventarios documentales del archivo de gestión.

### 3. Soporte de la última transferencia efectuada.

Se procedió a revisar los soportes de las transferencias efectuadas observando que cuentan con el Acta de Entrega de Transferencia Documental del 5 de noviembre de 2011 e inventario de la misma remitido en el requerimiento número 1; por ende, se da por cumplido este requerimiento.

Es importante señalar que las transferencias documentales deberán seguirse efectuando en cumplimiento del plan de transferencias documentales primarias establecido para cada vigencia, en el cual se dan las recomendaciones para llevar a cabo el proceso y se establece el cronograma con las fechas en que cada dependencia debe realizar su transferencia, ello en cumplimiento a lo referido en el Acuerdo 042 de 2002 del Archivo General de la Nación; por tanto cada dependencia debe tomar las acciones que le permitan efectuar la transferencia de cada uno de sus grupos en las fechas establecidas para tal fin, y con ello evitar hallazgos (reiterados) internamente y por parte de un ente de inspección y vigilancia como lo es el Archivo General de la Nación.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

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

El proceso auditado remitió los inventarios documentales de entrega de documentos por desvinculación o retiro de servidores públicos (funcionarios y/o contratistas) del área; evidenciando el cumplimiento al procedimiento PR-GITH-002 Desvinculación de funcionarios establecido por la Superintendencia, en el cual se indica que el funcionario que se desvinculará hace la entrega formal del cargo al jefe inmediato o a quien este designe y especifica que en el acta de entrega de cargo se debe detallar los archivos que se entregan, situación que se ratifica con lo dispuesto en el formato FT-GITH-004 Paz y salvo de desvinculación laboral, el cual debe ser firmado por el jefe inmediato del servidor público que se desvincula por concepto de entrega mediante inventario de expedientes a cargo.

Para el caso de los servidores públicos vinculados a la entidad por medio de contrato de prestación de servicios, se ha establecido el formato F-CONT-018 Paz y salvo por prestación de servicios personales en el que se exige el diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental – FUID para dicho paz y salvo con la entidad, el cual también es requerido en caso de que los contratistas del proceso en mención se han desvinculado.

Vale la pena resaltar lo estipulado en el Acuerdo 038 de 2002 expedido por el Archivo General de la Nación respecto a los inventarios documentales de entrega de documentos por desvinculación, en el procedimiento para la entrega y recibo de los documentos y archivos por inventario, señala que el jefe de la dependencia, será el responsable de la custodia de los archivos de la oficina a su cargo; en este sentido y teniendo en cuenta que estos inventarios documentales son el instrumento en el que se describen los expedientes o documentos objeto de entrega y por tanto son los que permitirán tener un control sobre éstos, es apropiado que reposen en primera instancia en el grupo al cual corresponden para garantizar continuidad en la gestión de éste.

#### 5. Compromisos con la Gestión Documental (funcionarios y contratistas)

El proceso auditado remitió los Compromisos con la Gestión Documental tanto de funcionarios como contratistas, cumpliendo con lo requerido en este ítem.

Es pertinente señalar que la firma de este documento indica el conocimiento y la pertinencia de los funcionarios y contratistas pertenecientes al proceso Gestión de Tecnologías de Información sobre los lineamientos, directrices y procedimientos que se emanan en lo que compete a la Gestión Documental al interior de la Supersolidaria, en aras de fortalecer la cultura archivística, el compromiso con la gestión y administración de los documentos (físicos y electrónicos) y la concienciación de que los documento que se gestionan en el proceso son la base para la toma de decisiones al interior de la entidad, además de asegurar su funcionamiento y la pervivencia de la memoria institucional del Supersolidaria, en concordancia con el fin último de la Ley 594 de 2000 – Ley General de Archivos.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno



	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

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

- Disponer de una forma más organizada los soportes de las actividades de control definidas para minimizar los riesgos asociados al proceso, previendo que sean claros y fáciles de identificar y relacionar con las actividades.
- Se sugiere que se realicen las acciones que se requieran para implementar y poner en funcionamiento el Sistema de Información Klic (Plataforma de Administración de Cuentas de Cobro), teniendo en cuenta la cesión del mismo realizada por la Agencia Nacional de Tierras – ANT, con el único propósito de automatizar y fortalecer el proceso de la gestión en el trámite de las cuentas de cobro en la entidad.
- Se recomienda dar prioridad a las actividades pendientes para lograr la implementación de la nueva versión Aplicación Móvil Supersolidaria y alcanzar a finalizar todas las actividades programadas en el Plan de Acción Anual programado para la vigencia 2021.
- La Oficina de Control Interno recomienda que se programen actividades para socializar las Políticas de Seguridad de la Información y las Políticas para la Gestión de TI, con el fin que las mismas sean conocidas al interior de la entidad y sean aplicadas por todos los funcionarios y contratistas.
- Se sugiere priorizar aquellas actividades del PETI 2019 – 2022, que aún no se han podido ejecutar e implementar, con el fin que se dé cumplimiento de forma oportuna a la programación y evitar incumplimientos que afecten de una u otra forma a la entidad.
- Se recomienda que se disponga de un informe de evaluación de los Acuerdos de Niveles de Servicio, relacionados con TI, suscritos por la entidad con terceros, con el fin de contar con una base de datos de referencia de los proveedores de servicios y su calificación.
- Teniendo en cuenta que las Políticas de Seguridad de la Información y los lineamientos y estándares para la Gestión de TI, fueron recientemente aprobados, se sugiere que durante esta vigencia se apliquen las estrategias necesarias para evaluar su efectividad, asegurando su cumplimiento y aplicación al interior de la entidad, lo cual se recomienda dejar plasmado a través de un informe y guardar las evidencias necesarias que permitan realizar su validación.
- Se recomienda que se dé prioridad a la ejecución e implementación de las actividades asociadas al Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información – MSPI, teniendo en cuenta los nuevos plazos establecidos por el MinTIC.
- Se recomienda mantener siempre actualizado el instrumento dispuesto por el MinTic, para la autoevaluación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información – MSPI, con el fin de contar con una información real y oportuna del estado de la implementación del mismo en la entidad.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

#### 4. Seguimiento al plan de mejoramiento (Verificación de la ejecución de acciones de mejora del plan de mejoramiento del proceso)

Se realizó comprobación del estado del plan de mejoramiento de la auditoría al Proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), realizada durante la vigencia 2021, en el cual quedaron plasmadas las siguientes acciones de mejora que a la fecha no habían sido cumplidas:

- ✓ Presentar a Comité de Institucional de Gestión y Desempeño las políticas de seguridad de la información y demás de TI para su aprobación: La Oficina Asesora de Planeación y Sistemas allegó las evidencias de las políticas de Seguridad de la Información y Políticas para la Gestión de TI, aprobadas por el Comité de Gestión y Desempeño, mediante Acta No. 21 del 30 de noviembre de 2021 y formalizadas en el Sistema de Gestión de Calidad (Isolución), el día 6 de diciembre de 2021. Se registra la acción de mejora como cumplida, de acuerdo a los soportes evidenciados.
- ✓ Actualizar la caracterización del proceso relacionando el plan de acción institucional: Se evidenció en Isolución la actualización de la caracterización del proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), realizada el 10 de diciembre de 2021. Así mismo, se evidenció el formato FT-PLES-066 Plan de Acción del proceso GETI, correspondiente a la vigencia 2021, con lo cual se registra el cumplimiento de la acción de mejora.

En conclusión, el plan de mejoramiento que estaba conformado originalmente por 4 observaciones e igual número de acciones de mejora, queda cumplido en su totalidad.

### OBSERVACIONES DE LA AUDITORIA (Principales Situaciones Detectadas)

**Observación # 1: No se han realizado pruebas de Ethical hacking y/o estudio de vulnerabilidades para validar la efectividad de los controles sobre la plataforma tecnológica de la entidad, para salvaguardar la Confidencialidad, Disponibilidad e Integridad de la información.**

**Condición:** Un análisis de vulnerabilidad o la realización de pruebas de ethical hacking es esencial para cualquier organización, toda vez que permite identificar las brechas o puntos débiles existentes en la plataforma tecnológica y en materia de seguridad de la información y planificar medidas de contención en caso de una crisis, ayudando en la ejecución de acciones correctivas y minimizando la posibilidad de materialización de ataques cibernéticos que puedan causar daños representativos al patrimonio e imagen de la entidad.

**Criterio:** NTC ISO/IEC 27001:2013, Modelo de seguridad y privacidad de la información (MSPI).

**Causa:** Se identificó en desarrollo de la actividad auditora, que este proceso no fue autorizado en la vigencia 2021, por lo que hasta el momento no se han realizado este tipo de evaluaciones, que permitan identificar los puntos débiles presentes en la estructura tecnológica de la entidad.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Roció Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

**Efecto:** Riesgo de afectación sobre la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información.

**Recomendación:** Realizar evaluaciones sistemáticas y periódicas para identificar las vulnerabilidades de la entidad en materia de seguridad digital, con el fin de aumentar los niveles de seguridad de la plataforma tecnológica que soporta toda la operación de la Supersolidaria y fortalecer los controles sobre la seguridad de la información.

**Observación # 2: No se cumplió totalmente la actividad “Implementación nueva versión APP móvil”, programada en el Plan de Acción Anual del proceso.**

**Condición:** Durante la auditoría se logró evidenciar que corresponde a una actividad suscrita en el formato FT-PLES-066 PLAN DE ACCIÓN DEL PROCESO, la cual fue programada para realizarse al 31 de diciembre de 2021, sin embargo, la misma no fue finalizada totalmente debido a inconvenientes técnicos, resultando en un gran avance del 95%.

**Criterio:** FT-PLES-066 Plan de Acción del proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI).

**Causa:** De acuerdo a lo informado por la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, la causa del cumplimiento parcial de la actividad, obedeció a inconvenientes técnicos con la nueva versión de Android.

**Efecto:** GETI-1 Ineficiente planeación estratégica en TIC.

**Recomendación:** Dar prioridad a la terminación de la actividad, así sea de forma extemporánea a la programación inicialmente realizada, con el fin de lograr los objetivos propuestos al momento de la suscripción del Plan de Acción del proceso para la vigencia 2021.

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

**Condición:** El proceso de Gestión de Tecnologías de Información no cuenta con inventarios documentales de su archivo de gestión.

**Criterio:**

- Ley 594 de 2000, Ley General de Archivos, artículo 26.
- Decreto único Sector Cultura 1080 de 2015, artículo 2.8.2.5.3.
- Acuerdo AGN 038 de 2002.
- Acuerdo AGN 042 del 2002, Artículo 7.
- Acuerdo AGN 005 de 2013, Artículo 17.
- Acuerdo AGN 002 de 2014, Artículos 7 y 11.
- PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias.

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Roció Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

**Causa:** Incumplimiento del procedimiento PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias para realizar el diligenciamiento del Formato Único de Inventario Documental – FUID.

- Incumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes relacionadas con la materia.

**Efecto:** Lo anterior evidencia que el proceso de Gestión de Tecnologías de la Información no cuenta con inventarios documentales de su archivo de gestión, impidiendo llevar el control integral de toda la producción documental, administración, actualización y gestión de los mismos de una manera autocontrolada y autogestionada, tal como se establece en la norma; lo que conlleva a que la entidad pueda incurrir en incumplimientos frente a lo establecido en la normatividad archivística y la posible identificación de hallazgos (reiterados) internamente por parte de un ente de inspección y vigilancia como lo es el Archivo General de la Nación – AGN, aunado a otras oportunidades de mejora en distintos procesos, puede repercutir en la imposición de sanciones o multas a la entidad.

**Recomendación:** Solicitar asistencia técnica al Grupo de Gestión Documental y Administrativo para conocer el procedimiento *PR-GEDO-005 Administración de archivos de gestión y transferencias documentales primarias* en lo concerniente a la elaboración de inventarios documentales de su archivo de gestión con el ánimo de mitigar el riesgo de pérdida de información que compromete la evaluación institucional ante los entes de control como el AGN.

<b>RESUMEN DE OBSERVACIONES</b>
---------------------------------

Producto de la evaluación realizada 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 han realizado pruebas de Ethical hacking y/o estudio de vulnerabilidades para validar la efectividad de los controles sobre la plataforma tecnológica de la entidad, para salvaguardar la Confidencialidad, Disponibilidad e Integridad de la información.	NO
2	No se cumplió totalmente la actividad “Implementación nueva versión APP móvil”, programada en el Plan de Acción Anual del proceso.	NO
3	Elaboración de inventarios documentales del archivo de gestión.	NO

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno

	<b>INFORME DEFINITIVO DE AUDITORIA</b>	<b>Código:</b> FT-COIN-007
		Nov-2020
		<b>Revisión:</b> 00

<b>CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA (Pueden incluir, antecedentes y resúmenes)</b>
--

Durante el desarrollo de la presente actividad, se identificó que la Oficina Asesora de Planeación y Sistemas, de manera general, cumple con una buena gestión del proceso Gestión de Tecnologías de la Información (GETI), sin embargo se evidenciaron debilidades en la ejecución de algunas actividades programadas en el PETI 2019-2022, en el Plan de Acción del proceso, al igual que en la implementación del Modelo de Seguridad y Privacidad de la Información – MSPI, razón por la cual se invita a identificar aquellas situaciones que están generando algún conflicto en la gestión del proceso, implementando acciones apropiadas para priorizar su cumplimiento, con el fin de alcanzar los objetivos fijados y coadyuvar al logro de las metas de los Planes Institucionales y Estratégicos de la entidad.

Finalmente, se solicita coordinar la elaboración de un plan de mejoramiento con el área auditada, en el formato “F-COIN-008 Seguimiento Cumplimiento Planes de mejoramiento” adjunto al presente informe, que permita subsanar las debilidades identificadas, el cual deberá ser presentado a la Oficina de Control Interno dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de remisión del presente informe.

Cordialmente,

*(Original Firmado)*

**MABEL ASTRID NEIRA YEPES**

Jefe Oficina de Control Interno

Elaboró: Jorge Armando Marimón Acosta

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
<b>Nombre:</b> Martha Rocío Yanquén Parra <b>Cargo:</b> Profesional Especializado - Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno	<b>Nombre:</b> Mabel Astrid Neira Yepes <b>Cargo:</b> Jefe Oficina de Control Interno